

Examensarbete:

Mötet mellan mödra- och barnrådgivningen och familjer med annan kultur och annat språk

Utvecklingsarbete:

Att mötas

- **ett informationshäfte för hälsovårdaren vid
mångkulturella möten på rådgivningen**

Cecilia Nyman

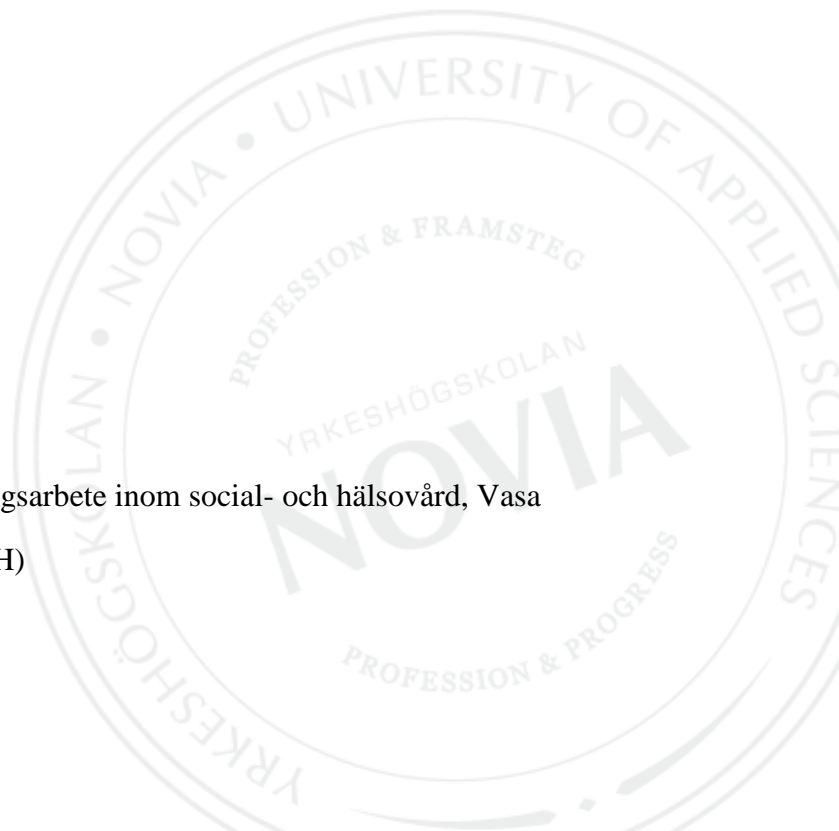
Charlotta Vikman

Sara Wiklund

Examensarbete och utvecklingsarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa våren 2015



EXAMENSARBETE

Författare: Cecilia Nyman, Charlotta Vikman, Sara Wiklund

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Mötet mellan mödra- och barnrådgivningen och familjer med annan kultur och annat språk

Datum: November 2014

Sidor: 57

Bilagor: 7

Abstrakt

Syftet med studien är att beskriva mötet på mödra- och barnrådgivningen med familjer av annan kultur än hälsovårdaren, ur hälsovårdarnas perspektiv. Teoretiska utgångspunkter är Newman Giger och Davidhizar's transkulturella vårdbedömningsmodell och Campinha-Bacote's modell för kulturell kompetens i vården. Materialet samlades in i form av intervjuer med 16 hälsovårdare i svenska Österbotten och genom en litteraturstudie baserad på sju vetenskapliga artiklar. Den insamlade datan har analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet visar att vårdarnas upplevelser av mötet med familjer med annan kultur och språk var både positiva och negativa. Hälsovårdarna upplever att migranterna har tillit och förtroende till dem, men det kräver mera av hälsovårdaren att bygga upp förtroendet. Hälsovårdarna anser att kunskapen om hälsovården är varierande bland migranterna. Vårdarna upplever många olika kulturella skillnader, vilket de hanterar på olika sätt. Det största hindret är språkbarriärer, vilka upplevs frustrerande och gör det svårt att nå fram. Den nonverbala kommunikationen anses då vara viktig. Mötet kunde förbättras genom kunskap, ödmjukhet, stödresurser och större kunskap om hur olika hjälpmedel hittas.

Språk: Svenska Nyckelord: möte, kultur, språk, migranter, mödrarådgivning, barnrådgivning, upplevelse

OPPINNÄYTETYÖ

Tekijät:	Cecilia Nyman, Charlotta Vikman, Sara Wiklund
Koulutusohjelma ja paikkakunta:	Terveystenhoito, Vaasa
Ohjaaja:	Marie Hjortell
Nimike:	Terveystenhoitajan ja ulkomaalaistaustaisen perheen kohtaaminen äitiys- ja lastenneuvolassa

Päivämäärä: Marraskuu 2014

Sivut: 57

Liitteet: 7

Tiivistelmä

Tutkimuksen tavoite on kuvailla suomalaisen terveystenhoitajan ja ulkomaalaistaustaisten perheiden kohtaamista äitiys- ja lastenneuvolassa, terveystenhoitajan näkökulmasta. Teoreettiset lähtökohdat perustuvat Newman Gingerin ja Davidhizarin transkulttuuriseen hoitoarviointimalliin ja Campinha-Bacoten malliin kulttuurisesta kompetenssista hoitotyössä. Aineisto kerättiin haastattelemalla 16 terveystenhoitajaa ruotsinkielisellä Pohjanmaalla, sekä seitsemään tieteelliseen artikkeliin perustuvalla kirjallisuuskatsauksella. Materiaali analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysi-menetelmää.

Tulokset osoittavat, että hoitajien kokemukset kohtaamisista olivat sekä positiivisia, että negatiivisia. Terveystenhoitajat kokevat, että maahanmuuttajat luottavat heihin, mutta luottamuksen saavuttaminen vaatii enemmän työtä maahanmuuttajapotilaan kanssa, kuin suomalaisen kanssa. Terveystenhoitajat ovat sitä mieltä, että maahanmuuttajien tietotaso on hyvin vaihtelevaa. Hoitajat kohtaavat paljon eri kulttuureja työssään, joita he käsittelevät eri tavoin. Terveystenhoitajat kokevat yhteisen kielen puuttumisen turhauttavana, sillä heidän voi olla vaikea saada yhteys potilaaseen. Tällöin sanattoman kommunikation katsotaan olevan hyvin tärkeää. Kohtaamisia voisi parantaa tietotaidolla, nöyryydellä, tukiresursseilla sekä käyttämällä eri apuvälineitä.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: kohtaaminen, kulttuuri, kieli, maahanmuuttajat, äitiysneuvola, lastenneuvola, kokemus

BACHELOR'S THESIS

Author: Cecilia Nyman, Charlotta Vikman, Sara Wiklund

Education and place: Public Health Nurse, Vasa

Supervisor: Marie Hjortell

Title: The encounter between maternity and child health care and
immigrant family's with different culture or language

Date: November 2014

Pages: 57

Appendices: 7

Abstract

The aim of this study is to describe the encounters from public health nurses perspective between them and immigrant family's with different cultures than theirs own. The study took place in maternity and child health care with midwife's and public health nurse's. Theoretical framework's that have been used are Newman Giger and Davidhizar's transcultural care model and Campinha-Bacote's model of cultural competence. The material for this study was collected by qualitative interviews with 16 public health nurse's in Swedish speaking Ostrobothnia and by a document study with seven scientifically articles. It was adapted by qualitative content analysis.

The result showed that the nurse's describe the encounters very different, both positive and negative. The nurse's are experiencing that the immigrants show confidence and trust in the nurse's, but it takes time and more effort to build up that confidence. The level of knowledge that the immigrants have are very variably. The nurse's describes many of the cultural differences and how they cope with them in different ways. The main obstacle is the language barriers, it is describe as very frustrating and difficult to overcome to an understanding. The nonverbal communication is seen as important. The encounters could improve by knowledge, humility and more support resource's and how you would found these different resources.

Language: Swedish Keywords: encounter, culture, language, migrants, maternity health care, child health care, experience

Innehållsförteckning

Abstrakt

Tiivistelmä

Abstract

1	Inledning	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Teoretiska utgångspunkter	3
3.1	Newman Giger och Davidhizar´s transkulturella vårdbedömningsmodell	3
3.2	Campinha-Bacote´s modell för kulturell kompetens i vården	4
4	Teoretisk bakgrund	5
4.1	Kultur	6
4.1	Kommunikation och bemötande	7
4.1.1	Skillnader och likheter mellan kulturer vid kommunikation	7
4.1.2	Problem som kan uppstå i kommunikation och bemötande	8
4.1.3	Tolk	10
4.2	Mödrarrådgivningen	12
4.3	Barnrådgivningen	13
5	Tidigare forskning	15
5.1	Möten mellan immigranter och hälso- och sjukvården	15
5.2	Vårdares upplevelser av möten med familjer, mödrar och barn	16
5.3	Migranternas upplevelser av möten med mödra- och barnhälsovården	18
5.4	Sammanfattning av tidigare forskning	19
5.4.1	Barriärer för kommunikation	20
5.4.2	Kulturella faktorer som kan påverka mötet mellan vårdare och migranter	21
5.4.3	Användning av tolk	22
5.4.4	Känslor och upplevelser i mötet	24
5.4.5	Förslag på förbättringar av mötet	25

6	Metoder, etik och praktiskt genomförande.....	26
6.1	Metoder.....	27
6.1.1	Systematisk litteraturstudie som datainsamlingsmetod.....	27
6.1.2	Intervju som datainsamlingsmetod.....	28
6.1.3	Kvalitativ innehållsanalys	29
6.2	Etiska överväganden.....	29
6.3	Praktiskt genomförande	30
6.3.1	Praktiskt genomförande av litteraturstudien.....	30
6.3.2	Praktiskt genomförande av intervjuerna.....	31
7	Resultat	32
7.1	Resultat från litteraturstudien	32
7.1.1	Vårdarnas känslor och upplevelser vid möten.....	32
7.1.2	Upplevelse av förtroende till vårdaren och migrantens sociala nätverk.....	34
7.1.3	Upplevelse av migranternas kunskap om hälsovård.....	35
7.1.4	Upplevelse av kulturella skillnader	36
7.1.5	Språkupplevelser	37
7.1.6	Tolk och andra hjälpmedel	38
7.2	Resultat av intervjuerna	40
7.2.1	Upplevelse av möten	41
7.2.2	Upplevelse av migrantens stöd.....	42
7.2.3	Upplevelse av migranternas kunskapsnivå inom hälsovården	42
7.2.4	Upplevelse av kulturella skillnader	43
7.2.5	Språkupplevelser	44
7.2.6	Tolk och andra hjälpmedel	45
7.3	Behov av förbättringar i mötet	47
8	Tolkning	48
8.1	Hälsovårdarnas upplevelser av mötet och faktorer som kan påverka mötet	49

8.2	Hälsovårdarnas upplevelser av kulturella skillnader och kommunikation.....	50
8.3	Behov av förbättring och hjälpmedel	53
9	Kritisk granskning	55
9.1	Intern logik	55
9.2	Struktur	55
9.3	Konsistens.....	56
10	Diskussion	56
Källförteckning.....		58
Bilaga 1		
Bilaga 2.....		
Bilaga 3.....		
Bilaga 4.....		
Bilaga 5.....		
Bilaga 6.....		
Bilaga 7.....		

1 Inledning

På rådgivningarna kommer vi allt mer i kontakt med migrantfamiljer. Migranterna möter en för dem främmande kultur. De två största problemen som mödrarna upplever kan vara språksvårigheter och tidsbrist. När migranterna med familjer tas emot på en rådgivning ska en längre mottagningstid vara reserverad för dem och speciellt vid användningen av tolk krävs mera tid. Skriftliga riktlinjer och en guide på det egna språket kan vara hjälpmedel som kan underlätta kommunikationen på rådgivningen. (Vo 2010, 12-13).

Antalet personer som har ett främmande språk som modersmål i Finland, d.v.s. ett annat modersmål än finska, svenska eller samiska, ökar för varje år (Statistikcentralen 2014a). I slutet av 2013 hade 289 068 personer, d.v.s. 5,3 %, av vår befolkning ett främmande språk som modersmål. Andelen personer som har svenska som modersmål i Finland är även 5,3 %. De vanligaste grupperna med främmande språk som modersmål är ryska, följt av estniska, somaliska, engelska och arabiska. (Statistikcentralen 2014b). År 2013 fick 8930 människor med utländsk härkomst finskt medborgarskap, av dessa har 95% dubbelt medborgarskap. Ryska medborgare är den största gruppen som erhöll finländskt medborgarskap i fjol. (Statistikcentralen 2014c).

Kommunikationssvårigheter med utländska familjer på mödra- och barnrådgivningen existerar, vilket bl.a. framkommer i en studie om kulturell kompetens på mödrarådgivningen (Carlström, Käld & Nygård 2012, 27-28). Avsikten med vårt examensarbete är att vi ska få förståelse för hur mötet på rådgivningen upplevs med familjer som har annan kultur och annat språk än hälsovårdaren och även vad som kan göras för att förbättra mötet. Ämnet intresserar eftersom möten med andra kulturer är vanligt förekommande idag. Vi önskar genom detta arbete få kunskap om hur vi kan bemöta familjer på rådgivningen. Examensarbetet är ett beställningsarbete av Oravais-Vörå-Maxmo HVC/Korsholms kommun.

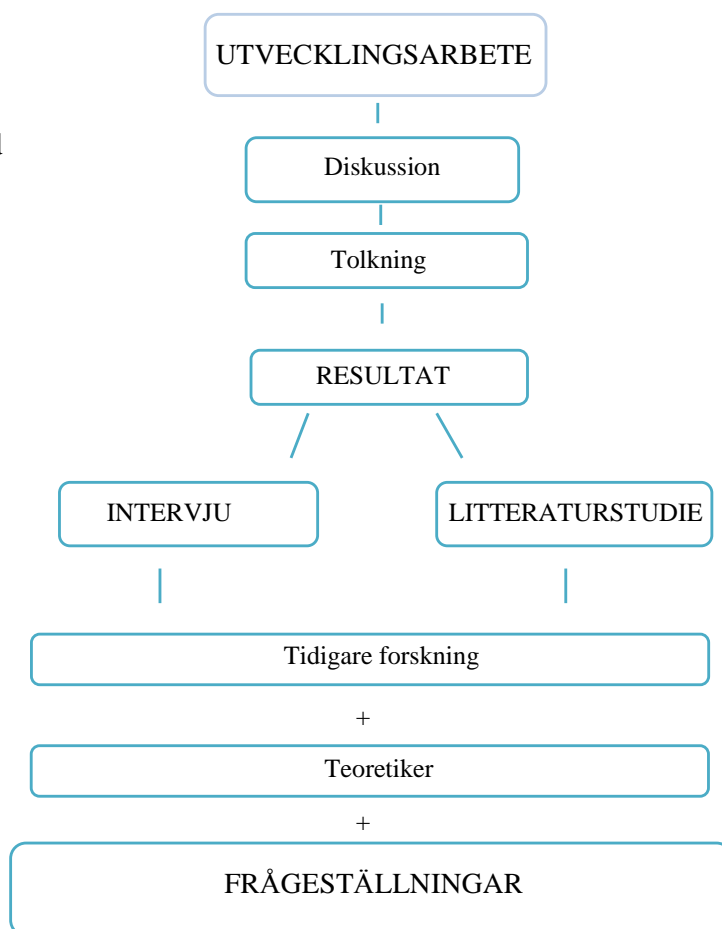
2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att beskriva mötet på mödra- och barnrådgivningen med familjer av annan kultur och annat språk än hälsovårdaren ur hälsovårdarnas perspektiv. På mödrarådgivningen arbetar även barnmorskor, men i examensarbetet används termen hälsovårdare. Frågeställningarna är:

1. Hur upplevs mötet med familjer av annan kultur och språk än hälsovårdaren vid mödra- och barnrådgivningen ur hälsovårdarens perspektiv i ny forskning?
2. Hur upplevs mötet med familjer av annan kultur och språk än hälsovårdaren av de hälsovårdare som jobbar på mödra- och barnrådgivningen?
3. Hur ser vi att mötet kunde förbättras?

Svaret på den första frågeställningen fås genom en litteraturstudie och svaret på den andra frågeställningen fås genom intervjuer. Svaret på den tredje frågeställningen fås genom både intervjuerna och litteraturstudien.

En guide som kan användas som stöd i rådgivningsarbetet med familjer av annan kultur planeras som utvecklingsarbete.



Figur: Studiens design

3 Teoretiska utgångspunkter

En av de vårdteoretiska utgångspunkterna i examensarbetet är Newman Giger och Davidhizar's transkulturella vårdbedömningsmodell där fokus ligger på modellens kommunikationsdel. Modellens första fenomen kommunikation används i studien, eftersom kommunikation är en viktig del i mötet. Den andra utgångspunkten är Campinha-Bacotes transkulturella modell om kulturell kompetens i vården, där fokus ligger på elementen kulturellt begär och kulturella möten. Dessa två element används eftersom en person ska vara positivt inställd och engagerad för att ett möte med en person av annan kultur ska fungera.

3.1 Newman Giger och Davidhizar's transkulturella vårdbedömningsmodell

Grunden för Newman Gigers och Davidhizar's transkulturella bedömningsmodell utgår från att alla individer är kulturellt unika med kulturella normer, egna erfarenheter och tro. Dessa tre utgångspunkter grundar sig på var individen är född eller hur länge personen har vistats i ett land, samt hur personen själv identifierar sig. Enligt modellen ska alltid individen sättas i centrum. Modellen ska minimera bedömningstiden och användas som ett verktyg för att bedöma kulturella variationer i olika hälsobeteenden. Den används även för att lättare se hur sjukdomen påverkar individen och individens beteende. Modellen har sex olika fenomen som utgår från grunden, d.v.s. att alla individer är kulturellt unika. Till fenomenen hör kommunikation, biologiska variationer, utrymme, social organisation, kontroll av miljön och tid. (Newman Giger & Davidhizar 2008, 7-8).

Enligt Newman Giger och Davidhizars första fenomen kommunikation är kommunikation allt samspel och beteenden som sker mellan en eller flera individer. Det är en ständigt fortgående process och kan ske verbalt och icke-verbalt. Kommunikation sker både muntligt och skriftligt. Till den verbala kommunikationen hör ordförråd, röstens kvalitet, rytm, fart, uttal och grammatikalisk struktur, samt tonfall och tystnad. Till icke- verbal kommunikation hör ansiktsuttryck, beröring och ögonrörelser, men även kroppshållning. (Newman Giger & Davidhizar 2008, 24). Det som förenar verbal och icke- verbal kommunikation är värme och humor. (Newman Giger & Davidhizar 2008, 33).

Kommunikationsproblem uppstår lättare om vårdaren och patienten kommer från olika kulturer. Newman Giger och Davidhizar anser att det inte bara är språkliga barriärer som

förekommer utan även kulturella skillnader. Till kulturella skillnader hör sociala faktorer, etik, kunskap gällande ras, kroppsspråk och ansiktsuttryck. Faktorerna kan tolkas på olika sätt. Hur personer uttrycker sina känslor, tidsuppfattning och kroppskontakt skiljer olika kulturer åt. (Newman Giger & Davidhizar 2008, 20-22).

Newman Giger och Davidhizar har gjort riktlinjer för hur kommunikationen med människor av annan kulturell härkomst ska ske. När vårdare kommer i kontakt med människor från en annan kultur är det viktigt att vårdaren är opartisk. Det är viktigt att inte döma personen efter sina egna värderingar och attityder för då kan vården bli lidande. Då vårdaren ska börja kommunicera med personen med annan kulturell bakgrund är det bra att vara påläst om kulturen och vilka kulturella faktorer som kan påverka relationen mellan patient och personal. Newman Giger och Davidhizar menar att patienten kan uppmuntras att själv berätta hur hon tolkar olika begrepp som hälsa, ohälsa och hälsovård. Kommunikationen ska inte kännas hotande utan istället strävas det efter att utveckla en bra relation mellan vårdare och patient genom att vara en god lyssnare och tecken på rädsla bör observeras. Vårdaren ska inte ta för givet att patienten förstår och alltid tolkar konversationen rätt. Det är bra att känna till att det kan vara känsligt i vissa kulturer att tala om frågor som berör sexualiteten. (Newman Giger & Davidhizar 2008, 35).

Newman Giger och Davidhizar beskriver olika tillvägagångssätt vid möten med patienter som talar ett annat språk. Samtalet bör vara lugnt, tydligt, långsamt och bilder och gester kan användas för att bättre förstå varandra. Konversationen bör hållas på en enkel nivå, det vill säga inte använda sig av medicinsk terminologi och man kan även använda sig av en tolk. Då kan det vara en förutsättning om tolken är av samma kultur eller har en inblick i kulturen så det inte leder till missförstånd. (Newman Giger & Davidhizar 2008, 35).

3.2 Campinha-Bacote's modell för kulturell kompetens i vården

Den andra vårdteoretikern som används är Campinha-Bacote's modell för kulturell kompetens i vården (*The process of cultural competence in the delivery of healthcare service. A Culturally competent model of care*). Den första versionen publicerades 1991 och har därefter utvecklats fyra gånger (Campinha-Bacote 2003, 115). I examensarbetet används den tredje versionen av modellen. Modellen består av fem element där kulturell kompetens framkommer. Elementet kulturellt begär är grunden i modellens tredje version, vilken beskrivs som en vulkan. I vulkanutbrottet kommer de andra fyra elementen fram.

Det kulturella begäret är intresset som möjliggör att kulturell kompetens uppnås. Campinha-Bacote är viktig att poängtera att modellen är en pågående process i hälsovården som gör arbetet mera effektivt. (Campinha-Bacote 2003, 9-10).

De olika elementen består av: *Kulturell medvetenhet (Cultural Awareness)* behövs för att förstå sin egen kulturella bakgrund och för att förstå varför fördomar och förutfattade meningar förekommer. *Kulturell färdighet (Cultural Skills)* innebär att vårdaren ska kunna vårda genom att se människan som en helhet och inte genom sin kulturella uppfattning. *Kulturell kunskap (Cultural Knowledge)* behöver uppdateras hela tiden. Det är viktigt att vårdare känner till olika etniska skillnader och förstår att människor i andra kulturer kan göra på ett annorlunda sätt. Kulturellt ny kunskap fås ständigt. (Campinha-Bacote 2003, 15-59).

Examensarbetet fokuseras på kulturellt begär och kulturella möten. *Kulturellt begär (Cultural Desire)* är när en person är personligt engagerad och ställer sig positiv till olika kulturella bakgrunder och glömmer fördomar och förutfattade meningar. *Kulturella möten (Cultural Encounters)* är när vårdarna ger sitt intresse för att lära känna patienternas kulturella bakgrunder. Kroppsspråket betyder mycket vid dessa möten med personer med olika kulturella bakgrunder. En femte version av modellen skapades när det upptäcktes att det viktigaste elementet var *kulturella möten* vilket framkom genom mätverktyget *IAPCC-R*. Den börjar och slutar sökningen och upplevelsen med *kulturella möten*. (Transcultural C.A.R.E. 2012, Campinha-Bacote 2003, 15-59).

4 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel presenteras kultur, kommunikation och bemötande och mödra- och barnrådgivningen i Finland för att läsaren ska få en bakgrund till studien. Kommunikation och bemötande har underkapitlen skillnader och likheter mellan kulturer, problem som kan uppstå i kommunikation samt bemötande och tolk. Kultur, kommunikation och bemötande beskrivs eftersom mötet påverkas av dessa. Tolken är ett stort hjälpmedel i mötet med familjer med annan kultur och språk än hälsovårdaren och beskrivs därför i bakgrunden. Mödra- och barnrådgivningen presenteras även med en inblick i familjer med annan kultur på rådgivningen.

4.1 Kultur

Det är viktigt att känna till kulturer för att kunna förstå och främja transkulturell kommunikation. Kulturen bestämmer delvis en persons livsfilosofi eller syn på världen. (Muños & Luckmann 2005, 22). Det finns över 200 olika definitioner av kultur, men den främsta definitionen för kultur är enligt Herlitz en gemensam livsform. Personer med gemensam kultur har en relativt gemensam världsbild, beter sig på ett liknande sätt och reflekterar likartat med avseende på omgivningen. I en kultur finns gemensamma uppfattningar om hur en person ska bete sig i en viss situation, t.ex. hur vi hälsar på varandra, hur vi tar kontakt med andra personer och hur vi uppfattar tiden. (2010, 9-10). Vi lär oss vår kultur bl.a. av föräldrar, lärare och vänner när vi växer upp och kulturen delas från en generation till en annan. Vid migration upplevs ofta en kulturchock när egna värderingar och övertygelser skiljer sig mycket från värderingarna i det nya landets kultur. (Muños & Luckmann 2005, 22-23).

Alla inom samma kultur tycker och tänker inte på samma sätt, alla gör inte heller likadant i en viss situation. Människor har en individuell bakgrund och gör personliga val. Alla handlingar har därmed inte kulturella, nationella eller religiösa utgångspunkter. Kulturen är en orsak varför en person utför en handling, men kulturen är inte det enda skälet. (Herlitz 2010, 9, 16, 18, 20). Kulturen är inte heller statisk, utan den förändras och utvecklas hela tiden. Den ständiga förändringen sker p.g.a. olika händelser såsom migration, teknologi och krig. (Muños & Luckmann 2005, 22).

Det första steget mot en kommunikation mellan personer med olika kulturella bakgrunder är enligt Muños och Luckmann att acceptera och även respektera den andres värderingar (2005, 24). Enligt Herlitz är det viktigaste att tänka på i mötet med en annan person att se själva människan och individen, istället för att se personen som i en förutbestämd kategori. Kategorier som vi använder oss av är exempelvis invandrare, grek eller muslim. Vår bild av en annan person kan avgöra om ett möte blir utvecklande eller inte. De personliga egenskaperna glöms lätt bort när en person generaliseras och placeras i en kategori. En person som inte blir sedd som människa blir enligt Herlitz kränkt. När en person tycker, säger eller gör något bör vi fundera om grunden ligger i individens personlighet eller kultur. Traumatiska upplevelser eller social marginalisering kan även vara en orsak till att en person gör eller säger något. (2010, 20, 22-23, 35).

Det finns även sådant som är gemensamt för mänskligheten, såsom att känna upprymdhet, nedstämdhet, glädje och sorg. Gemensamt är även att alla har sociala behov av samvaro och trygghet. Alla människor är enligt Herlitz väldigt lika på djupet, men det är uttryckssättet som varierar. Alla betar sig inte lika vid exempelvis sorg och glädje. Kulturen bestämmer oftast på vilket sätt, var, i vilka sammanhang och med vem vi ska uttrycka känslor. (Herlitz 2010, 35-36). Kulturen influerar ändå livets alla aspekter och har en kraftig inverkan på samhällen, grupper och enskilda individer. Strategier och metoder för att hantera livets krav och utmaningar, såsom familj, barnuppfostran och hälsa fås genom kulturen. (Muños & Luckmann 2005, 24).

4.1 Kommunikation och bemötande

Kommunikation är enligt Dahlkvist kontakten mellan människor och själva ordet kommunikation betyder att något ska bli gemensamt (2012, 11). Kommunikation kan även definieras som ett utbyte av innehåll mellan personer m.h.a. ett gemensamt symbolsystem (Hanssen 2007, 43). Kommunikation består av det verbala budskapet och det icke-verbala budskapet. Den verbala kommunikationen är vad vi säger och vad vi skriver. (Dahlkvist 2012, 11). Den icke-verbala kommunikationen består av kroppsspråk, huvudrörelser, ansiktsuttryck, blick- och ögonkontakt, rösten med tonfall, klang och volym, kroppsrörelser och -ställningar, fysisk beröring och det personliga utrymmet. Förutom verbal och icke-verbal kommunikation behövs även till viss del en gemensam förståelse för världen vi lever i. (Hanssen 2007, 43, 46).

All kommunikation sker i fyra olika kontexter på samma gång: den *fysiska* kontexten handlar om vilken plats och vid vilken tid kommunikationen äger rum. Det *psykologiska* sammanhanget omfattar tankar, förväntningar, känslor, fördomar och erfarenhet. Den *sociala* kontexten handlar om relationer, konflikter, den egna identiteten och rollen och den *kulturella* omfattar språk, attityder och värderingar som en viss människogrupp delar med varandra. (Nilsson & Waldemarson 2007, 13).

4.1.1 Skillnader och likheter mellan kulturer vid kommunikation

Den del av kommunikationen som sker icke-verbalt kan ofta förmedla en mera sann bild av de verkliga känslorna och tankarna än den som sker verbalt eftersom den ickeverbala är mycket svårare att kontrollera medvetet. Vissa icke-verbala uttryck kan ha olika innebörd i olika kulturer, medan andra kan ha samma betydelse. Kroppsspråket är något som delvis

förstås över de kulturella gränserna, eftersom det är specialiserat enligt den egna kulturen och integrerat i oss. När vi befinner oss i en ny situation är vi oftast beroende av icke-verbala tecken och feltolkningar görs oftare vid stora kulturskillnader. (Hanssen 2007, 45-51, 53). Klädseln kan även påverka, speciell betydelse har klädseln för det första intrycket. Klädsel som är korrekt i ett samhälle kan vara opassande i ett annat samhälle och påverkar också situationen. (Herlitz 2010, 167-168).

Röstklängen kan oftast kännas igen trots att en person har ett annat språk eller uttal, vi känner därför igen om en person är arg, glad eller gråtmild. Volym, tonfall och rytm är däremot oftast bestämt av språket. Ansiktsuttryck som uttrycker känslor liknar varandra över hela världen. Det som skiljer åt är att ansiktet försöker kontrolleras i vissa kulturer. Ett leende kan användas som täckmantel, vanligen i östasiatiska kulturer, bl.a. för att dölja sårbarhet, vrede, sorg eller av hänsyn till andra för att inte stöta omgivningen. (Hanssen 2007, 45-51). Vikten av ögonkontakt skiljer sig också åt mellan kulturer, exempelvis här i Norden är det viktigt att hålla ögonkontakt för att visa intresse och pålitlighet. Däremot kan det vara oartigt att hålla ögonkontakt med den andra personen i ett annat samhälle. I dessa fall börjar kanske personen istället flacka med blicken eller fästa den i golvet. (Herlitz 2010, 157).

Betydelsen av kroppsrörelser, huvudrörelser och rörelser med händer, armar och fötter kan skilja sig mellan kulturer. Ett exempel på en vanlig feltolkning är huvudrörelsen för ja och nej, eftersom det här i skandinavien betyder nej när vi skakar på huvudet, medan skakning på huvudet betyder ja i flera östliga medelhavsländer. Enligt Hanssen är det viktigt att komma ihåg att gå in med öppen attityd och alltid komma ihåg att handlingarna och signalerna kan betyda något annat än vad vi själva är vana med. (Hanssen 2007, 45-51,53).

4.1.2 Problem som kan uppstå i kommunikation och bemötande

En god kommunikation är viktigt i ett möte med en person som har annan kulturell bakgrund och andra erfarenheter. I det mötet har vi sällan gemensamt språk, gemensamma värderingar, normer eller koder. (Bäärnhelm 2007, 287). Bemötandet är viktigt vid kommunikering över kulturgränserna. Det första mötet får vara relativt opersonligt och frågor som på något sätt upplevs som ett intrång av den andra parten bör undvikas. Vartefter tiden går när parterna sedan tillsammans en gemensam nivå på kommunikationen. (Herlitz 2010, 159).

En kommunikation sker sällan utan några störningar av något slag. En bristande kommunikation kan uppstå när en outtalad regel bryts. (Herlitz 2010, 139). Svårigheter i kommunikationen uppstår lättare om det är stor skillnad mellan parternas kultur, synsätt, personligt sätt att formulera sig och bakgrundskunskaper. Den part som förmedlar ett budskap och den part som tar emot budskapet kan då uppfatta saken på helt olika sätt. (Hanssen 2007, 45). Den person som skickar iväg en signal kan inte veta hur den uppfattas av den andra parten. Det finns även en speciell risk att vi lämnar oavsiktliga meddelanden i mötet med personer från andra kulturer. Oavsiktliga meddelanden kan handla om någonting som vi gör, om vårt språk eller våra kläder, vilka kan orsaka reaktioner hos en annan person som vi inte kunde förutspå. (Herlitz 2010, 116, 123).

Kommunikationsproblem som uppstår i kontakten med personer av annan kulturell bakgrund kan enligt Hanssen ha tre orsaker: inget gemensamt språk, samma språk men användning av olika symboler eller att parterna delvis behärskar samma språk men använder ett onyanserat språk (2007, 60). Enligt Bäärnhielm är språket är en sak som kan sätta begränsningar i kommunikationen eftersom det är språket vi använder när vi uttrycker och förmedlar oss. Inom sjukvården ska en tolk användas om patienten och vårdaren pratar olika språk. (2007, 288-290).

När personer talar samma språk men använder olika symboler kan det t.ex. innebära att vi uppfattar ett ord på olika sätt. Exempelvis ”ja” betyder här i skandinavien att vi har förstått och håller med om det som sagts, medan det för någon annan kan betyda att personen enbart hört vad som sagts. I vissa fall kan det även innebära att de endast hört infon, men inte förstått och inte vill besvara att fråga på nytt. (Hanssen 2007, 60-62). Det finns stor risk att t.ex. en huvudrörelse avkodas och får en annan betydelse av mottagaren än vad sändaren hade avsett (Herlitz 2010, 154). När språket delvis behärskas används ett onyanserat språk. Synonymer, varierande uttryck och ett rikt ordförråd saknas, vilket leder till att tankarna inte kan beskrivas exakt. (Hanssen 2007, 60-62).

Miljö, bristande respekt och förväntningar är enligt Herlitz de främsta orsakerna till störningar i kommunikationen. Ifråga om miljön kan en bullrig omgivning leda till att koncentrationen försvinner. Den fysiska omgivningen kan handla om att rummet ska vara utformat och möblerat så att den bättrar på kommunikationen. Vid bristande respekt har en person både ett bristande intresse och en bristande insikt för motparten. Den bristande respekten kan förekomma i olika grader, men visar sig hos personen som otålighet, ointresse och ibland som överlägsenhet. Vid förväntningar handlar det om att den ena

personen gissar vad den andra parten menar utan att fråga upp, vilket kan leda till missförstånd. När parterna har olika kulturella bakgrunder ökar riskerna för att missförstånd uppstår. (2010, 140-141). Enligt Muños och Luckmann finns det åtta barriärer för transkulturell kommunikation: brist på kunskap om kulturella skillnader, rädsla och misstro, rasism, partiskhet och etnocentrism, stereotyper, vårdarens rutiner, olikheter i förväntningar och uppfattningar och språkbarriärer. (2005, 78).

Problem i kommunikationen begränsar individers möjlighet att uttrycka sina känslor och tankar. I en vårdssituation kan patienten känna sig osäker och bli missförstådd av vårdaren. Svårigheterna kan även leda till att en person blir socialt isolerad, om det inte går att kommunicera ordentligt med personer i omgivningen. (Hanssen 2007, 45). Lyhördhet för den andra personens behov och känslor är viktigt för att märka när personen har något att tillägga. När lyhördhet saknas finns det risk för att det inte uppstår kommunikation och diskussion, utan enbart envägs- information. Den andra parten ska kunna avbryta, be om förklaringar eller ställa frågor när kommunikationen fungerar för att ha nytta av mötet. (Herlitz 2010, 128-129).

Egenskaper som nyfikenhet, intresse och öppet sinne gör att vi kommer långt vid kommunikation över kulturgränserna, men ändå finns det vissa fallgropar som vi kan hamna i som har att göra med de kulturella skillnaderna som finns. Det finns inget facit eller något regelverk på hur vi ska bete oss när vi möter på personer med olika bakgrunder, trots att det finns vissa beteenden och vanor som är typiska för personer från samma land. (Herlitz 2010, 152-153).

4.1.3 Tolk

Tolk ska användas om patienten och vårdaren inte har ett gemensamt språk. En professionell tolk ska användas eftersom personen ska vara neutral, har tystnadsplikt och informationen blir oftast riktigt översatt. (Hanssen 2007, 60, 64-67). En tolk är även opartisk och har vittnesplikt om en sådan situation uppstår. En professionell tolk ska heller inte dölja sina brister när den inte förstår, utan ser till att förmedla det korrekta genom att få den kunskap som behövs. (Entrena 2007, 313, 322).

Ett problem inom sjukvården är att vårdarna ibland låter bli att tillkalla en professionell tolk eftersom det ofta bedöms gå snabbare och enklare att låta patientens anhöriga tolka. (Hanssen 2007, 64-67). Orsaker till varför professionell tolk inte anlitas är att vårdarna

känner sig iakttaga av den tredje personen i rummet och upplever att kontrollen förloras, även att det är för dyrt och upplevs att det tar för lång tid. Det kräver bra med tid vid användning av tolk, men ett enspråkigt samtal där patienten kan vårdarens språk dåligt eller tvärtom kan ta mycket längre tid. Orsakerna till tidsåtgången då kan vara att all information ska förenklas och måste upprepas många gånger fler än vid en tolksituation. (Entrena 2007, 311).

Anhörigtolkar ska helst inte användas eftersom vårdaren inte kan bedöma om det blir rätt översatt eller om tolken har tillräckligt med ordförråd för att kunna förklara eller förstå budskapet. Vissa anhöriga kan även skydda personen som är patient mot något genom att inte översätta allt. Barn ska aldrig användas som tolk eftersom det då kan skapa en obalans i förhållandet mellan barn och förälder ifall barnet får för stor insikt i den vuxens värld. (Hanssen 2007, 64-67). Telefontolkar ska enligt Entrena enbart användas i situationer när det inte är möjligt att få tag i en tolk till en viss tid, t.ex. i mera akuta situationer. Tolkning på plats föredras eftersom tolkningen av den icke-verbala kommunikationen med mimik och kroppsspråk faller bort vid telefontolkning, vilket kan leda till mera missförstånd. (2007, 322).

Tolkning är ingen lätt uppgift eftersom det inte räcker med att översätta varje ord korrekt, utan tolken borde även vara tvåkulturell. Tolken måste förstå kulturen med dess symboler för att kunna överföra budskapet i rätt bemärkelse. (Hanssen 2007, 64-67). Det kan vara svårt att förstå varandra trots tolk eftersom det inte alltid går att översätta t.ex. känslouttryck rätt, utan att förståelsen blir fel. (Bäärnhielm 2007, 289-290). I vissa fall, t.ex. vid känslofyllda samtal, kan det vara bra att tolken är mentalt förberedd på situationen genom att ha fått viss information på förhand. (Entrena 2007, 323).

En tolk ska enligt Hanssen helst ha samma kön som patienten. När en kvinna besöker en mottagning och besöket rör graviditet, förlossning eller någon gynekologisk sjukdom ska en kvinnlig tolk användas. Det här är ämnen som sällan diskuteras mellan män och kvinnor i många kulturer. (2007, 67-68). Patienten vill ofta att tolken ska stå bakom en skärm eller gå ut ur rummet om intima undersökningar görs, vilket gäller framförallt om tolken och patienten är olika kön (Entrena 2007, 323).

4.2 Mödrarådgivningen

Förstföderskor ska ha kontakt med mödrarådgivningen för hälsoundersökning regelbundet minst nio gånger och omföderskor minst åtta gånger under graviditeten. I dessa besök ingår två läkarundersökningar och en mera omfattande hälsoundersökning. Två hembesök erbjuds åt förstföderskor, ett hembesök under graviditeten och ett annat hembesök efter hemkomsten från bb. Omföderskor blir erbjudna ett hembesök som infaller efter att barnet är fött. En efterundersökning görs av läkare eller en för det utbildad hälsovårdare/barnmorska 5-12 veckor efter förlossningen. Extra besök på mödrarådgivningen ska ordnas när behov finns och av hälsovårdarens/barnmorskans arbetstid är 20 % av tiden avsedd till dessa extra mottagningar. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 102-103). Enligt rekommendationer före oktober 2013 gjordes regelbundet 10-13 hälsokontroller under graviditeten åt alla gravida (THL 2013).

Problem under pågående eller tidigare graviditet, hälsotillstånd, missbruk, psykiska problem eller svår livssituation är exempel på faktorer som gör att extra besök numera erbjuds. Behovet av extra kontroller bedöms under varje besök enligt vad familjen, den gravida och fostret verkar behöva. (THL 2013). Andra specialsituationer där det kan vara bra med extra besök och uppföljning är i kontakten med familjer som kommer från andra länder, flerkulturella familjer eller etniska minoriteter i Finland, ex. samer och romer. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 206).

I mångkulturellt vårdande krävs förmåga att kunna kommunicera med och möta personer på ett bra sätt, utan att enbart fokusera på själva kommunikationssvårigheterna. Det krävs även förmåga att använda tolktjänster. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006, 46). För personer med ett främmande språk ska en tid som är 1,5 gånger en vanlig mottagningstid reserveras om det finns möjlighet. Exempel på vad som kan kräva lite extra uppmärksamhet ifråga om den mångkulturella familjen är: omskärelse, olika syn på amning, den blivande faderns roll och oönskade graviditeter. Oönskade graviditeter kan beaktas eftersom det är relativt vanligt att speciellt unga kvinnor från Estland, Somalia och Kina har gjort abort. Det kan vara svårt för kvinnan och hälsovårdaren/barnmorskan att tala om intima ämnen i en annan miljö på ett främmande språk. Här har tolkaren en svår, men viktigt uppgift. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 206-207, 209).

Olika stressorer som utlandsfödda kvinnor påverkas av kan ha negativ effekt på hälsan (Santesson 2009, 204). Den mentala hälsan är viktig att beröra eftersom många har lämnat

hemlandet helt och anpassar sig till det nya samhället. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 208). Att migrera är en livsprocess och kris som påverkar en person starkt. Medan personen anpassar sig kan identiteten omformas (Santesson 2009, 204). Andra stressfaktorer är också sociala och ekonomiska svårigheter (Santesson 2009, 204; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 208). I allmänhet har ändå inte mödrar med annan kulturell bakgrund större risk än den övriga befolkningen att drabbas av graviditets- och förlossningsproblem. Immigrantkvinnor kommer även lika gärna till rådgivningen som kvinnor födda i Finland gör. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 206).

Hälsovårdaren ska lära sig av familjerna med annan kultur genom att fråga och lyssna på familjen, föra en dialog och inte döma (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 207). Personen som tar del av vården ska ges möjlighet att behålla sin egen identitet, ha sitt eget sätt att tänka och få sina egna idéer delgivna till vårdaren. Ett aktivt och öppet förhållningssätt är viktigt för att kunna föra dialog i mångkulturella möten. Informationen måste förmedlas på ett sätt som ger vårdtagaren möjlighet att göra beslut angående den egna eller familjens hälsa (Paananen m.fl. 2006, 46-48). Ifråga om mångkulturell föräldraförberedelse ska den vara ändamålsenlig och sträva till flexibilitet, tolerans och empati. Vi ska lyssna på gruppen och lära av den. Det är viktigt att lära känna kulturen i gruppen och medvetenhet om den egna kulturen har även betydelse. (Koski 2007, 21).

Förståelsen för andra begränsas av att dela in människor efter kulturella stereotyper eller ha förutfattade meningar. Den kulturella bakgrunden påverkar alla, men personer i nya situationer genomgår förändring och anpassar sig hela tiden. Det finns inga egenskaper som är samma för en hel folkgrupp. För att förstå varandra i mötet är det viktigt att se på kvinnan som en individ, att lyssna och ta på allvar men även ge utrymme och tid. Ansvar för att kommunikationen ska fungera ligger inte på den enskilda kvinnan utan på vårdgivaren och organisationen. (Santesson 2009, 205, 207). Det är lika viktigt att förstå sina egen kulturella bakgrund och egna värderingar som att förstå en kultur som är främmande för en själv. Det är viktigt att vara medveten om de egna värderingarna eftersom de ofta påverkar tolkningarna, valen och aktiviteterna. (Paananen m.fl. 2006, 46).

4.3 Barnrådgivningen

I Finland gör hälsovårdaren ett första besök hem till familjen en tid efter förlossningen när familjen har hunnit vänja sig vid tanken av den nya familjemedlemmen. Vid tillfället

önskas även att pappan deltar. Målet med barnrådgivningen är att barnet under det första året ska besöka rådgivningen minst tio gånger. Det rekommenderade antalet för hela rådgivningstiden fram till skolåldern är totalt 16 besök, med bl.a. läkarundersökningarna som är ca. fem gånger. Familjer med utländska bakgrunder kan ha sin egen familj och släkt långt borta och kan således behöva extra stöd från t.ex. barnrådgivningen eller barnskyddet. På rådgivningarna kan hjälp fås med uppfostring och andra svårigheter som familjen har. Rådgivningen har en central roll för familjerna i Finland. Rådgivningsbesöken kostar inget och är frivilliga, de finns till för att kontrollera välmående och hälsa av familjen och barnet från att det föds till det sjunde året när barnet börjar skolan. (Lastensuojelu u.å., Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 128).

I Finland finns det många barnfamiljer med olika värderingar, tro och kultur. De största etniska minoriteterna kom från Somalia, Ryssland, Estland och Sverige år 2003. Vårdaren kan fråga familjen hur de gör i en viss situation enligt deras kultur. Det är viktigt att komma ihåg att kvinnliga patienter kanske vill ha kvinnliga tolkar för att det kan vara känsliga ämnen. En annan skillnad kan även vara att de är vana med att det är män som bestämmer i familjen. Vårdaren ska också tänka på att vissa människor har flytt från myndigheterna och därför kan det ta tid att skapa förtroende. (Social- och hälsovårdsministeriet 2005, 250-255).

Kulturella skillnader som kan framkomma med mötet med annan kultur är bl.a. att inom islam äts inte griskött. Vilket kan vara bra för vårdaren att ha i åtanke eftersom vissa mediciner och vaccinationer innehåller gelatin framställt av griskött. För många föräldrar är det även en nyhet att D-vitamin ska ges åt barnen. Könstympning förekommer kring dessa kulturer, vilket är olagligt i Finland. Föräldrarna bör informeras om detta och vid misstanke att könstympning ska ske eller har skett görs en barnskyddsanmälan. Det är viktigt att informera om olika förmåner åt finländska minoriteter eftersom enbart två procent av romerna använde dagvård 2002 (Social och Hälsovårdsministeriet 2005, 250-255).

5 Tidigare forskning

Databaser som använts i litteratursökningen till tidigare forskning är EBSCO, Academic Search Elite, CINAHL och CINAHL with full text. Sökord som använts är barrier, care, child health care, communication, experiences, Finland, health, health care, immigrant, immigrant children och intercultural. Andra sökord som använts är language barriers, maternal, maternity, midwife, minority, perinatal, postnatal, prenatal, professional och transcultural. Orden har använts i olika sök kombinationer.

Inklusionskriterierna för artiklarna är att de är publicerade år 2004-2014 och att de är vetenskapligt granskade. Artiklar som berör immigranter i kontakt med mödra- eller barnhälsovården har valts. Några utvalda artiklar som berör immigranter som besöker annan hälso- och sjukvård har även valts, som särskilt belyser mötet eller ger förslag till förbättringar av mötet. Både artiklar som beskriver migrantens och vårdarens synvinkel har tagits med.

Kapitlet består av fyra underkapitel. Forskningarna presenteras i de tre första underkapitlen och i det sista underkapitlet sammanfattas forskningsresultaten. I det första underkapitlet presenteras möten mellan immigranter och allmänna hälso- och sjukvården. I det andra underkapitlet beskrivs möten i barn- och mödrahälsovården ur vårdarens synvinkel och i det tredje underkapitlet ur migranternas synvinkel. Hälsovårdarnas syn av mötet framkommer i examensarbetets resultat och därför är det viktigt att ta med migranternas synvinkel här.

5.1 Möten mellan immigranter och hälso- och sjukvården

Priebe m.fl. (2011) har gjort en undersökning med syftet att ta reda på vårdarnas upplevelser och förekommande problem inom vården vid möten med migranter. Syftet var även att ta reda på vad som kan göras för att komma över begränsningarna och problemen eller minska dess påverkan på vårdens kvalitet. Totalt var det 16 europeiska länder som deltog i studien. I varje land valdes nio vårdcentraler ut och sammanlagt gjordes 240 stickprov. Strukturerade intervjuer med öppna frågor användes och materialet analyserades med innehållsanalys. I resultatet framkom åtta problemområden: språkbarriärer, kulturella skillnader, social misär, traumatiska upplevelser och lite kunskap om vårdsystemet. De tre sista problemområdena var svårigheter att ordna vård för invandrare utan försäkring, olika

uppfattning om hälsa och negativa attityder. Resultatet visade också att problemen överkoms genom att organisationen är flexibel, har resurser och tid. Det ska också finnas tillgång till tolkservice, samt ett gott samarbete mellan familjer och socialen. Personalen ska även ha kunskap om olika kulturer och ha tillgång till informationsmaterial- och program för invandrare.

Vårdarens upplevelser vid vårdandet av minoritetsgrupper med dålig eller ingen engelskakunskap undersöktes av Parthab, Colette och Martin (2013). De studerade även om det fanns någonting som kan göras för att barriärerna ska minska. Totalt gjordes 34 semistrukturerade intervjuer med läkare, sjuksköterskor, farmaceuter, receptionister, fysioterapeuter och ambulanspersonal. Materialet analyserades tematiskt. Resultatet påvisade fem huvudområden som vårdarna upplevde: språkbarriärer, låg läs- och skrivkunnighet som leder till oro, oförståelse, samt attityder och undanhållande av information.

Syftet med Earner's (2007) studie var att migrantfamiljer skulle beskriva sina erfarenheter med socialvården, identifiera barriärer och förespråka ett politiskt program för att se vilka speciella behov som migrantfamiljer har. Studien hade explorativ kvalitativ ansats och fokusgrupper användes. Elva familjer med olika etniska bakgrunder deltog i studien. I resultatet framkom att det fanns dålig kunskap om invandrarstatus och ömsesidiga kulturella missuppfattningar. Fördelar med de olika tjänsterna, hur de kunde förbättras och de kunde införas i praktiken beskrivs. Garcia och Duckett (2009) beskrev i en artikel barriärer upplevda av latinska ungdomar som uppsökte vård. Fokuserad etnografi användes som metod och individuella intervjuer genomfördes med 14 personer. Resultatet visade att språkliga barriärer förekom inom alla steg i vårdprocessen och därför undvek ungdomarna att uppsöka vård.

5.2 Vårdares upplevelser av möten med familjer, mödrar och barn

Syftet med Reynolds och Shams (2005) studie var att ta reda på hur starkt svårigheter upplevdes av vårdare när prenatal vård erbjuds åt sydasiatiska kvinnor i Storbritannien. De undersökte även om det fanns ett samband mellan upplevelsen av svårigheter vid vårdande och längden av arbetserfarenhet. Deltagarna i den explorativa studien var 23 barnmorskor som gav prenatal vård på ett sjukhus och sju barnmorskestuderanden. Enkäter med främst slutna frågor, men även någon öppen fråga användes. Materialet analyserades genom att

använda deskriptiv statistik och öppna frågor analyserades tematiskt. I resultatet framkom att alla de förutbestämda kommunikationssvårigheterna i enkäten upplevdes åtminstone som måttligt svåra av alla vårdare. Kulturella barriärer upplevdes som svårast. Vårdare med mer erfarenhet av sydasiatiska patienter upplevde oftast mindre problem vid kommunikation. Förslag till utveckling är att kvinnor med olika kulturella bakgrunder ska beaktas vid planering och flera sydasiatiska barnmorskor behövs med i vårdarbetet. Någon tyckte även att utveckling inte behövdes.

Durham och Pollard (2010) har studerat barnmorskors upplevelse av att vårda latinamerikanska kvinnor. Syftet var att identifiera om det fanns enskilda rekommendationer eller utmaningar gällande ojämlikhet mellan latinamerikanska kvinnors och andra amerikanska kvinnors hälsa. Semistrukturerade intervjuer gjordes med fem barnmorskor. Flanagans kritiska incidentteknik användes som metod för att beskriva barnmorskornas upplevelse. I resultatet framkom att barnmorskor upplevde många barriärer vid vårdande av latinamerikanska kvinnor, främst språkbarriärer. Det rekommenderades att spansktalande vårdare ska vara tillgängliga i vården och användning av tolkar via multimedia (*Language lines*) för att komma över barriärerna.

Syftet med den explorativa studien av Festini, Focardi, Bisogni, Mannini och Neri (2009) var att undersöka problem och attityder som upplevdes av sjukskötare vid vårdandet av immigrantbarn och -familjer. Enkäter med slutna frågor och några öppna frågor användes. Enkäten skickades ut till 202 sjukskötare på ett barnsjukhus i Italien, varav 129 sjukskötare deltog. De relativa frekvenserna blev räknade angående ja- och nej-frågorna. Innehållsanalys användes för att analysera de öppna frågorna. I resultatet framkom att många upplevde svårigheter med att vårda utländska barn och familjer och den främsta barriären var språket. Endast några vårdare upplevde att religiösa utövningar var ett problem. Utländska barn upplevdes även ha en annan sorts smärtupplevelse.

I en etnografisk studie undersökte Grant och Luxford (2011) barnhälsovårdarnas förståelse för kultur och interkulturell kommunikation i Australien. De utforskade maktrelationer inom språk och kultur och hur människan använder samtal, samt hur konversationen påverkar människan. Möten mellan barnhälsovårdare och föräldrar av olika kulturell bakgrund filmades och intervjuer med 18 hälsovårdare gjordes efteråt. Många vårdare pratade om de med annan kultur och delade upp allt i vi och de. Diskussion fördes angående om vårdarna upplevde att de även själva har en kultur. Ramar för interkulturell

kommunikation behöver utvecklas för att stöda vårdarna i arbetet med familjer av annan kultur än de själva.

Meddings och Haith-Cooper (2008) har beskrivit svårigheterna med att använda Gillon's modell för vårdetik i klinisk praktik. Diskussion fördes i artikeln om autonomi, rättvisa och möjligheten att göra mer nytta än skada för patienterna. I denna artikel presenterades ett exempel när barnmorskor i Storbritannien hade svårigheter med att ge etisk vård till muslimska kvinnor från Pakistan med avseende på språkliga och kulturella barriärer. Användning av tolk diskuterades eftersom det fanns begränsningar med tjänsterna. Utbildning behövs för att barnmorskor ska ha beredskap att möta den kulturellt varierande populationen av mammor.

5.3 Migranternas upplevelser av möten med mödra- och barnhälsovården

Wikberg, Eriksson och Bondas (2012) beskrev migranternas upplevelse och förståelse av mödravården i Finland ur ett interkulturellt perspektiv. I studien användes fokuserad etnografi och datamaterial samlades in genom intervjuer, observationer och fältanteckningar. I intervjuerna deltog 17 mammor från 12 länder. I resultatet framkom att de flesta mammor var nöjda med hälsovården, men en skillnad som framkom var olika kulturella vårdande. Många av mödrarna saknade stöd och nätverk och många ansåg sig därför vara isolerade. Den vänskapliga relationen till vårdaren ansågs vara positiv. Hansons kvalitativa studie (2012) omfattade intervjuer med 58 amerikansk indiska kvinnor. Syftet var att förstå migranternas upplevelse av mödravård och hur olika kulturella skillnader samt språkproblem överkoms. Materialet analyserades med kvalitativ analys enligt Cresswell. I resultatet framkom att bl.a. att kommunikationsproblem, brist på kontinuitet, bristande socialt stöd och transportproblemen upplevdes.

I en kvalitativ systematisk litteraturöversikt av Balaam m.fl. (2013) analyserades uppfattningar och upplevelser av graviditet samt förlossning ur immigranternas synvinkel. Datamaterialet bestod av 16 vetenskapliga artiklar gjorda i Europa. En tematisk syntes gjordes av artiklarna. Resultatet visade att kvinnor i denna situation är i sårbara positioner och tillgången till hälsovården måste förbättras för att möta behovet. Språk- och kommunikationsproblem var framträdande i resultatet. Kommunikationssvårigheter kom även fram i Gurman och Beckers kvalitativa studie (2008). Syftet med deras studie var att få en bättre förståelse för latinamerikanska familjer i USA. Individuella intervjuer och

fokusgruppintervjuer gjordes med 13 kvinnor från latinamerikanska familjer som fött barn under det senaste året. Kvinnorna upplevde stora kommunikationsproblem med vårdarna och förstod inte alltid informationen som de får. De hade ändå en positiv syn på utförandet av vården. Utvecklingsförslag gavs även i slutet av artikeln på hur vården kan förbättras.

Igarashi, Horiuchi och Porter (2013) har gjort en deskriptiv tvärsnittsstudie för att analysera och jämföra språkliga och kulturella skillnader som negativt påverkar japanska kvinnors graviditet, förlossning och tid efter förlossningen. I enkäten deltog 804 kvinnor, varav 236 var immigranter. Materialet analyserades med varians- och multipel regressionsanalys. Det framkom i resultatet att ensamheten upplevdes störst och avstånden var långa till vänner och släktingar. Ozeki (2008) har gjort en forskning om japanska mödrars upplevda stressfaktorer i Storbritannien. Studien har etnometologisk design och semistrukturerade intervjuer genomfördes med tio japanskor. Materialet analyserades med Kawakito Jiro-metoden, som är jämförbar med innehållsanalys. I resultatet framkom att de främsta transkulturella stressfaktorerna som mödrarna upplevde bl.a. var kulturella och språkliga barriärer, isolation och svårigheter att uppfostra barnen i den brittiska kulturen.

Hill och Hyrkäs (2012) gjort en undersökning i USA om somaliska kvinnornas erfarenheter och olika värderingar angående graviditet och barnafödandet. Deltagarna var 18 kvinnor som delades upp i fyra olika fokusgrupper och även deltog i enskilda intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys användes som analyseringsmetod. I resultatet framkom att det behövs mera stöd och kulturell förståelse för somaliska kvinnors värderingar angående barnavård, t.ex. gällande amning. En forskning av Abushaikha och Massah (2012) gav en inblick i syriska familjer och upplevelse av mannens roll vid förlossningen. Semi-strukturerade intervjuer har gjorts med 23 mödrar och 14 fäder. Deskriptiv fenomenologisk ansats användes för att analysera materialet. Resultatet visade att det var viktigt med faderns närvaro, men inte i förlossningsrummet utan gärna i rummet bredvid. De flesta mödrar föredrog att den egna mamman skulle vara med under förlossningen.

5.4 Sammanfattning av tidigare forskning

Resultaten från de tidigare forskningarna har sammanfattats och delats in i fem olika underkapitel enligt innehåll. Underkapitlen är: barriärer för kommunikation, kulturella faktorer som påverkar mötet, användning av tolk, känslor och upplevelser som uppstår i mötet och förslag till förbättring av mötet.

5.4.1 Barriärer för kommunikation

Kommunikationsproblem var det vanligaste hindret som vårdpersonalen upplevde vid kommunikation med minoritetsgrupper och människor med annan kulturell bakgrund och språk. När språkbarriärer förekommer blir det svårt för patienterna att tala om sina problem utan att bli missuppfattade och på grund av det kan det leda till en fel diagnos. (Earner 2007; Priebe m.fl. 2011; Parthab m.fl. 2013). Det var främst första generationens kvinnor och män som upplevde kommunikationsproblem. Även om en person bott länge i landet ska det inte tas för givet att personen kan kommunicera på det inhemska språket (Parthab m.fl. 2013). Språkbarriärer var huvudorsaken till varför utländska familjer inte sökte vårdhjälp utan väntade tills tillståndet blev akut (Garcia & Duckett 2009; Parthab m.fl. 2013).

Upplevelsen av barriärer vid vårdandet av mödrar, barn och familjer med en främmande kultur och ett främmande språk var främst kommunikations- och språkbarriärer. (Reynolds & Shams 2005; Meddings & Haith-Cooper 2008; Festini m.fl. 2009). Det framkom att språkbarriärer mellan vårdaren och latinamerikanska kvinnor även var vanliga i en studie av Durham och Pollard (2010). Automin var begränsad eftersom det var omöjligt att kvinnan ska få full förståelse för alla alternativ som finns när barnmorskan och kvinnan talar olika språk (Meddings & Haith-Cooper 2008). Analfabetism kan även vara ett hinder för att ge vård (Durham & Pollard 2010).

Kommunikationssvårigheter uppstår i olika former. För migranterna kan det vara i form av en stressbarriär när personen inte hittar ord för sina känslor trots relativt bra språkkunskaper. Kommunikationsproblem kan även komma fram och uttrycka sig i form av dålig kontakt med sin vårdare. Den dåliga kontakten framkom när det t.ex. uppstått missförstånd eller någon form av kommunikationsproblem med vårdaren. I dessa fall diskuteras inte migrantens syn och känslor på detta, vilket upprör migranten. God kommunikation framkom som ett krav för att undvika problem, för att få respekten och tilliten att fungera. (Gurman, & Becker 2008; Ozeki 2008; Hanson 2012; Wikberg m.fl. 2012; Igarashi m.fl. 2013; Balaam m.fl. 2013).

Informationen som ges var viktig i synnerhet vid graviditet och förlossning. Vissa kvinnliga migranter ansåg att vid kommunikation kring medicineringar, eftervård eller kejsarsnitt var det extra viktigt att informationen blev rätt. (Ozeki 2008; Hanson 2012; Balaam m.fl. 2013). Ett hinder för migranterna var i vissa fall transporten och vårdandet

av deras andra barn. Ett annat hinder var att vårdarna inte heller mötte kvinnorna halvvägs, vilket skulle gå att göra. Migrantkvinnorna ville även helst ha en kvinnlig vårdare, bl.a. för att det i vissa kulturer är det förbjudet för en man att ens röra vid en annan kvinna (Gurman & Becker 2008; Hanson 2012; Hill m.fl. 2012)

5.4.2 Kulturella faktorer som kan påverka mötet mellan vårdare och migranter

Kulturella skillnader mellan vårdare och patient kunde orsaka svårigheter i vårdrelationen om vårdaren inte var medveten om olikheterna. Kulturella normer, religion, klädsel och olika önskan av utförande av vårdundersökningar ledde ibland till en barriär mellan vårdare och patienter. Olika förståelse vad hälsa, kropp, sjukdom och behandling är, samt att det ibland förekom liten förståelse bland människor med utländskt härkomst gällande vårdssystemet i det nya landet. Exempel på kulturella skillnader var att patienten kom för sent eller inte alls dök upp på uttalad tid och att patienterna sökte hjälp efter att mottagningen stängt, vilket kunde leda till frustration och besvikelse bland dem. Ett annat förekommande bekymmer var att patienter med annan kulturell bakgrund och språk inte alltid kände tilltro till personalen. Detta kunde bero på att värdlandet har haft en dispyt med deras hemland gällande religion eller politik (Priebe m.fl. 2011). Det är därmed inte alltid språkbarriären som förhindrar kommunikation utan även kulturella skillnader (Parthab m.fl. 2013).

Vårdarna för familjer, mödrar och barn upplevde problem som relateras till kulturella skillnader (Reynolds & Shams 2005; Meddings & Haith-Cooper 2008; Festini m.fl. 2009). Barriären kunde vara upplevelsen av att inte ha tillräckligt med kunskap om andra kulturer (Grant & Luxford 2011). Kommunikationsproblem som uppstod ifråga om kulturella skillnader kunde vara att det var svårt att förmedla information om olika ämnen, såsom t.ex. problem i graviditeten, betydelsen av screening, förmedling av testresultat eller olika preventivmetoder efter graviditet (Reynolds & Shams 2005). Andra områden som kunde ställa till problem är ifråga om matvanor, olika smärtupplevelser, personlig hygien och religiösa vanor. Familjerna med annan kulturell bakgrund kunde även ha en negativ syn på vårdarna i det nya landet av någon orsak. (Festini m.fl. 2009).

Vårdare ansåg även att en kvinnas sociala roll kunde vara i konflikt med vårdarens egna värderingar. Faderns roll kunde vara olika, exempelvis hade några muslimska fäder svårt med att en kvinna vårdade deras barn. (Festini m.fl. 2009). Ifråga om sydasiatiska familjer

kunde det vara mannen och den övriga familjen som tog de flesta besluten (Reynolds & Shams 2005). Amning kunde vara ett område som ledde till problem (Reynolds & Shams 2005; Festini m.fl. 2009). Ett av problemen som angavs var olika syn på hur länge mamman skulle amma. Några mammor kunde även vägra att ta emot mjölk från donatorer, fastän mamman själv av någon orsak inte kunde amma. Mammorna ansåg då att donatorn borde känna babyn och dess familj för att de skulle kunna ta emot mjölken. (Festini m.fl. 2009). Trots att vårdaren ska vara kulturellt sensitiv ska de ändå lära ut rekommendationer som är evidensbaserade, vilket kan utmana andra kulturers värderingar (Reynolds & Shams 2005).

De kulturella skillnaderna som framkom när någon flyttar till ett nytt land är givna men för att vården ska fungera krävs det att vi som vårdare har kunskap om den vi vårdar. Ett av de största hindren ur migranternas synvinkel är att vårdaren inte hade tillräckligt med kunskap om patienten. Hindren kunde vara att vårdaren inte förstod t.ex. religiösa skäl och normer som finns i olika kulturer. En fråga som kom fram av migranterna är varför vårdarna inte frågade om olikheterna när kulturkrockar uppstod. Omskärelse var ett ämne som vårdarna ofta haft lite information om, vilket behövs bl.a. för att få förståelse för kvinnornas rädsla vid barnafödandet. (Hill m.fl. 2012; Wikberg m.fl. 2012; Hanson 2012; Abushaikha & Massah 2012; Balaam m.fl. 2013).

Barnafödande i ett nytt land med andra traditioner ansågs skrämmande och de flesta migranter kände sig då maktlösa. Mannens närvaro i förlossningsrummet kunde göra kvinnor blyga och göra att de skämdes i vissa kulturer. I arab-muslimska länder var det vanligt med att mannen skulle vara med vid förlossningen, men inte i samma rum som kvinnan. Religionen hade även stor betydelse vid vårdandet av den gravida kvinnan. I Somalia anses det t.ex. att Allah ger och alla tar och därför anses det inte som det viktigaste att gå på kontroller och se hur babyn mår enligt somalisk kultur. I Somalia föder de flesta hemma och eftersom graviditeten inte anses som en sjukdom är det inget som sjukvård uppsöks för. (Hill m.fl. 2012; Wikberg m.fl. 2012; Hanson 2012; Abushaikha & Massah 2012; Balaam m.fl. 2013).

5.4.3 Användning av tolk

Tillgång till tolk behövs för en fungerande konversation mellan vårdare och patient. Studier har visat att om tillgång till tolk finns så ökar även antalet besök och återbesök av

personer med annat språk och kultur. När en tredje part är med under konsultationen kunde det ibland ge en känsla av rädsla för patienterna. Rädslan kunde vara fruktan för att samtalet inte hålls konfidentiellt ifall tolken känner patienten från förut eller om de kommer från samma ort. Tillgång till tolk var inte alltid möjligt, men för att vårdare och patienter skulle kunna kommunicera med varandra användes ibland barnen, övriga familjemedlemmar eller bekanta som tolk. Det orsakade ibland problem. (Earner 2007; Priebe m.fl. 2011; Parthab m.fl. 2013).

Problemen kunde vara att istället för att lägga tid på diskussionen gick mycket tid åt att översätta det som sades mellan parterna. Familjemedlemmarna översatte ibland bara delar av det som blev sagt och emellanåt till och med censurerade delar av samtalet. Barnen kunde ibland på grund av sin unga ålder inte alltid översätta det som sades och intima saker blev då oftast uteslagna ur samtalet. (Priebe m.fl. 2011). Svårighet att veta om patienten förstått informationen kunde vara ett problem trots användning av professionell tolk (Durham & Pollard 2010).

Språkbarriärer påverkade personalens arbete genom tung arbetsbörda, tidskrävande jobb och även kostnadsmässigt (Parthab m.fl. 2013). Det var mera tidskrävande använda sig av tolk (Durham & Pollard 2010). För att kunna ge en god vård i dessa situationer skulle personalen vara flexibel i sitt arbete och avlägga mer tid till detta möte. När en tolk ska närvara vid ett möte var ett bra råd att boka dubbel tid så att patienterna garanterat har förstått och att de inte har blivit missförstådda. (Priebe m.fl. 2011).

Ur migranternas synvinkel kunde det vara både positivt och negativt att använda sig av tolk. Vid användning av professionella tolkare som kan medicinska termer kände sig migranterna nöjda med tolkningen. Vissa gånger var tolkar inte tillgängliga och familjen eller vänner användes då som tolkar, vilket inte alltid resulterade i det bästa resultatet. Ett problem var även att veta om tolkarna förstått migranterna och om tolkarna översatt korrekt. Trots att migranter ofta var nöjda med professionella tolkar kunde de ändå föredra att vänner tolkade för att undvika missförstånd. Migranten kunde även bli generad av att ha en främmande människa i rummet när migranten skulle genomgå olika undersökningar och behövde tolk för att förstå vad som skulle ske. (Gurman & Becker 2008; Hanson 2012).

5.4.4 Känslor och upplevelser i mötet

Kommunikationsproblem skapade även en form av ensamhet och isolation. Detta kände kvinnorna speciellt av vid graviditeten när de är känsliga och osäkra. Den extrema hemlängtan efter familj och vänner som kanske lämnat kvar i hemlandet kunde leda till en ännu större isolation i samhället. Hälsovårdaren blev ett stöd och ofta blev hälsovårdaren mera en vän än en vårdare för dessa kvinnor. (Ozeki 2008; Wikberg m.fl. 2012; Igarashi m.fl. 2013; Balaam m.fl. 2013). De vanligaste känslorna som förekom bland migranter i ett nytt land var rädsla, maktlöshet och att de kände sig tystade. Andra känslor var sårbarhet och känsla av förlust (Earner 2007). Enligt Durham och Pollard (2010) hör det till kulturellt kompetent vård att försöka få sin vårdtagare att känna sig mindre isolerad.

Vårdarna för familjer, mödrar och barn kunde uppleva att det var frustrerande att inte kunna kommunicera ordentligt i mötet med mödrar eller familjer med främmande kultur. (Meddings & Haith-Cooper 2008; Festini m.fl. 2009). Många upplevde besvär eller förvirring angående vården av utländska familjer, vilket kunde bero på olika syn på t.ex. vanor eller religion. (Festini m.fl. 2009). Vårdaren kunde även känna sig ängslig eller lite rädd för att säga saker som var opassande (Grant & Luxford 2011).

Vårdare för familjer, mödrar och barn ville oftast respektera sin patient, uttryckte empati och vilja av att vara kulturellt känsliga (Reynolds & Shams 2005; Grant & Luxford 2011). Observationer av möten i en etnografisk studie mellan vårdare och familjer visade att några vårdare inte bemötte alla familjer på det sätt som de uttryckt sig och inte heller på samma sätt som de bemötte familjer av samma kultur och språk som vårdaren själv. Vissa vårdare delade upp, kategoriserade och jämförde den egna kulturen med den andras kultur och benämner det som vi och de. (Grant & Luxford 2011).

De flesta migranter var nöjda med sin hälsovård fastän det fanns kommunikationssvårigheter. Slutresultatet hade betydelse när migranterna bedömde om de fått en bra vård, t.ex. om de har fått ett friskt barn anser de flesta att de fått en bra vård. En dålig start i relationen till vårdaren kunde redan från början leda till att kommunikationen blev dålig. Patienten kunde även känna sig kränkt när den hade fått vänta för länge före ett bokat möte och då borde vårdaren ha bett om ursäkt för att patienten skulle få känna sig sedd. Migranten kunde få negativa känslor vid svårigheter att förstå den nya kulturen och det nya systemet av hälsovård. Negativa känslor uppstod även när det var olika vårdare vid varje möte. Dessa problem skapade dålig service åt mamman vid graviditeten, vilket även

kunde skapa problem för babyn. (Gurman & Becker 2008; Hanson 2012; Balaam m.fl. 2013, Igarashi m.fl. 2013). Diskriminering upplevdes även av migranter, vilket gav en negativ syn på vården och skapade hinder för vårdande (Gurman & Becker 2008; Hanson 2012).

5.4.5 Förslag på förbättringar av mötet

Frustration uppstod inom mödra- och barnhälsovården från både vårdarnas och migranternas syn vid funderingar över hur kommunikationshindren ska överkommas. Vidareutbildningar ansågs vara viktiga för att förstå de olika kulturella skillnaderna och för att få den kulturella medvetenheten. Föräldraklasser och graviditetsgrupper med olika typer av information framkom som önskemål från migranternas sida. (Ozeki 2008; Gurman & Becker 2008; Hanson 2012). Det framkom av migranterna att vårdaren behöver vara medveten om hur de ska vårdas för att kunna ge bra vård. (Gurman & Becker 2008; Hanson 2012; Balaam m.fl. 2013, Igarashi m.fl. 2013).

Effektiv kommunikation behövs. Språket och kommunikationen behövs för ett effektivt förhållande mellan patient och vårdare, för att vården ska bli bra. (Meddings & Haith-Cooper 2008; Festini m.fl. 2009). Träning, utbildning och lärande i trans-/interkulturellt vårdande, kulturell kompetens och kulturer behövs både i utbildning och i fortbildning i arbetet. (Reynolds & Shams 2005; Festini m.fl. 2009; Grant & Luxford 2011). Det var även av vikt att lära sig om olika religioner och religiösa seder. Stöd av andra i arbetet med immigranter behövdes också. (Reynolds & Shams 2005). Exempel på vårdarnas lösning av problem som de använt sig av när patienten och vårdaren pratade olika språk var professionell tolk, familjemedlemmar som tolkare, gester eller avläsning av kroppsspråk. Någon använde sig av broschyrer. (Festini m.fl. 2009; Durham & Pollard 2010). Någon vårdare provade även på att tala ett annat språk (Festini m.fl. 2009).

Det eftersträvades att tolkningsservicen som erbjuds ska ha en god kvalitet och vara lättillgänglig. Även religiös- och kulturell kunskap eftertraktades bland vårdpersonalen. Det skulle leda till förnöjsamhet och vården skulle bli mer respektfull. På så vis fick vårdarna en bättre förståelse för sina patienter som har annat kulturellt påbrå. Förslag har också getts att göra olika guider till immigranterna så att de får information om vårdsystemet i landet och på det sättet fort kunna få den vård de behöver. En handbok till vårdpersonalen önskades även så att personalen vet på vilket sätt de skall bemöta

människor från annan kultur och hur de kan lösa problem när de uppstår. (Earner 2007; Priebe m.fl. 2011).

Guider på många olika språk att dela ut åt de som söker vård var ett annat förslag på utveckling (Reynolds & Shams 2005). Hälsovårdspersonal på avdelningarna borde även ha kulturellt olika bakgrunder för att möta patienter av samma kultur och även så att personalen ska kunna lära sig av varandra (Reynolds & Shams 2005; Durham & Pollard 2010). Vid serviceplanering och utveckling ska användarna med olika kulturella bakgrunder beaktas och höras för att alla ska få en bra upplevelse av vården (Reynolds & Shams 2005).

Egna upplevelser användes ofta som grund till hur vårdarna lärt sig om kultur och interkulturell kommunikation (Grant & Luxford 2011). En vårdare som är mera van att arbeta med familjer av främmande kultur var mera bekväma i transkulturell kommunikation och upplevde mindre hinder för vårdande (Reynolds & Shams 2005). Förståelsen för andras kulturer bör utvecklas (Durham & Pollard 2010), men även för den egna kulturen (Meddings & Haith-Cooper 2008; Grant & Luxford 2011). Redskap för att förstå egen och andras kulturer behövs. Aktivt lyssnande och att bygga upp en relation är grunden för att nå en bra kommunikation. (Grant & Luxford 2011). Vårdaren ska engagera sig för att förstå kvinnans hopp, rädslor och begränsningar (Meddings & Haith-Cooper 2008).

6 Metoder, etik och praktiskt genomförande

I kvalitativ forskning är ord, text och bilder centrala och forskningen strävar ofta till att få en beskrivning av någonting. Kvalitativ forskning har intresse för hur människor förstår och uppfattar saker, innebörder, aktiviteter, kulturella normer, språkbruk och beteendemönster. Studierna är för det mesta småskaliga, d.v.s. har ett relativt litet omfång eller få deltagare. (Denscombe 2009, 320-322, 367, 423). Med en kvalitativ ansats kan syftet vara att få förståelse för upplevelser, uppfattningar eller avsikter (Tidström & Nyberg 2012, 125). Det finns en strävan till att få en helhetsbild av en situation (Olsson & Sörensen 2011, 100).

Studien är kvalitativ och datainsamlingen sker både genom intervjuer och genom en systematisk litteraturstudie. Analysen av både intervjuerna och litteraturstudien görs med kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ ansats används i examensarbetet eftersom vi strävar till att få förståelse för och en beskrivning av hur mötet med familjer av annan kultur upplevs ur hälsovårdarens perspektiv.

6.1 Metoder

Datainsamlingsmetoderna är systematisk litteraturstudie och enskilda intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys används som analyseringsmetod.

6.1.1 Systematisk litteraturstudie som datainsamlingsmetod

En systematisk litteraturöversikt innebär att söka, granska och sammanställa litteratur systematiskt inom ett ämne (Forsberg & Wengström 2008, 34). Informationskällan i studien är litteratur (Olsson & Sörensen 2011, 145). All data som används i en systematisk litteraturöversikt är primärkällor, d.v.s. den som skrivit den vetenskapliga artikeln eller rapporten har även genomfört själva undersökningen (Axelsson 2008, 173).

Frågan eller problemet ska vara tydligt preciserat och urvalskriterier, d.v.s. inklusions- och exklusionskriterier ska också vara tydligt framställda. Litteratursökningen sker systematiskt och all relevant litteratur för studien ska behandlas i grovsällning och vidare urval. Sökningsstrategierna redovisas. Vid valet av den litteratur som ska användas i litteraturstudien är det viktigt att kontrollera att inklusions- och exklusionskriterierna uppfylls. (Rosén 2012, 431, 434-436). Trots att all relevant forskning ska inkluderas är det nästan omöjligt att få med allt som hör till ämnet. All relevant forskning finns inte med eftersom det beror på vilka studier som hittas, finns tillgängliga och vilka krav som ställts på de forskningar som inkluderas. (Forsberg & Wengström 2008, 34). De artiklar som väljs för litteraturstudien får inte ingå i studiens bakgrundslitteratur (Olsson & Sörensen 2011, 145).

Alla valda studier ska kvalitetsgranskas, med exempelvis en för studiedesignen lämpad checklista eller bedömningsmall (Forsberg & Wengström 2008, 35, 122; Rosén 2012, 435, 438). En tabell med den inkluderande litteraturen ska sammanställas, där författare, år, studiens syfte/frågeställning, metod, urval och resultat ska finnas med för varje enskild

artikel (Axelsson 2008, 180-181; Rosén 2012, 435, 439). Tabellen behövs för att bedömning av studiens tillförlitlighet ska kunna göras av en läsare. En syntes görs sedan, där resultaten av litteraturen vägs ihop och sammanställs. Det ska göras på ett öppet sätt och risken för att systematiska fel görs ska minimeras. (Rosén 2012, 439-440). Resultaten ska vara objektiva (Axelsson 2008, 184). Viktigt är att resultaten är tydligt beskrivna och korrekta (Forsberg & Wengström 2008, 161).

6.1.2 Intervju som datainsamlingsmetod

Intervjuer som datainsamlingsmetod är en passande metod när intervjuaren vill upptäcka och bestämma olika fenomen eller få förståelse för informanternas erfarenheter och livssituation. Kvalitativa intervjuer innebär att det är en mindre grupp informanter som intervjuas. (Patel & Davidson 2011, 82; Danielson 2012, 165). Det finns olika typer av kvalitativa intervjuer, bl.a. personlig intervju, strukturerad intervju, ostrukturerade intervjuer, gruppintervjuer och intervju via internet/telefon. (Denscombe 2009, 233-237, 247).

Semistrukturerade intervjuer är flexibla och intervjumetoden ger utrymme att expandera frågorna för att sedan kunna strama åt dem för att få svar på de frågor som intresserar intervjuaren (Alvesson 2011, 62-63). En intervjuguide görs med öppna och väsentliga frågor. Tidigare forskning inom det valda intervjuområdet utgör ett stöd för vad som är av vikt att ta upp i intervjun, vilken kunskap det finns från tidigare och vad man inte vet från förr inom det valda temat. Frågorna som ingår i guiden behöver inte ställas i samma ordning i alla intervjuer utan forskaren kan anpassa sig till det område som tas upp i intervjun. (Alvesson 2011, 59; Danielson 2012, 165-167).

Innan intervjuerna görs är det viktigt att förbereda sig noggrant. Ett brev sänds ut till de tänkta informanterna med en förfrågan på om de vill vara med och syftet med studien. Innan intervjun informeras informanterna om att det som sägs i intervjun behandlas konfidentiellt. (Patel & Davidson 2011, 74-75). Informanterna får även vetskap om att intervjun spelas in, om informanten går med på det och då bör det nämnas att inspelningen kan avbrytas och sättas på enligt informantens önskan. Att göra en ljudupptagning vid en intervju tar bort mycket extra tid med att anteckna allt vad personen som intervjuas säger, istället kan då fokus ligga på att skriva ner kommentarer och små stödord för att kunna läsa

av kroppsspråket. (Denscombe 2009, 231-244, 259-261). Det insamlade materialet från intervjuerna transkriberas sedan och analyseras. (Alvesson 2011, 65; Danielson 2012, 172).

6.1.3 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys kan användas som analyseringsmetod när datamaterialet är olika dokument. Med innehållsanalys kan upplevelsen av det som studeras kan komma fram. (Olsson & Sörensen 2011, 210) Innehållsanalysen är uppbyggd av flera olika enheter. Analysenhet kan t.ex. vara allt datamaterial i textform, men kan betyda många olika saker. Analysen börjar med att de väsentligaste meningarna i texten markeras. De meningsenheter som har ett gemensamt budskap skiljs sedan åt med exempelvis färgmarkeringar. Meningsenheterna får inte bli för korta, eftersom viktigt innehåll kan förloras då. Bearbetningen av texten fortsätter genom att grupperna bildar underkategorier av text som har gemensamma drag. Underkategorierna kan då i sin tur bilda större kategorier. Innehållsanalysen kan göras med olika metoder, endera induktivt utifrån texten eller deduktivt utifrån en förutbestämd modell. (Danielson 2012b, 332-336, 341).

Det viktigaste i analyseringen är att resultatet ska bli tillförlitligt. Forskaren måste visa sina analyseringssteg tydligt, vilka ska synas i resultatet. Trovärdigheten är även viktig i innehållsanalysen. Kategorierna i resultatet måste innehålla citat för att det ska vara trovärdigt. Det ska synas att processen är noggrant igenomtänkt med urvalet, datainsamlingen, frågorna och syftet men även metoderna och resultatet. I resultatet framkommer det senare om frågorna har varit bra ställda eller om de borde ha varit annorlunda. Resultatet kan inte generaliseras. Det är viktigt att metoden och stegen redovisas tydligt ifall någon annan vill göra en liknande studie. (Danielson 2012b, 340-341).

6.2 Etiska överväganden

I genomförandet av en vetenskaplig studie är ett krav att etiska överväganden görs. Inom forskning får inte ohederlighet eller fusk förekomma, t.ex. avsiktlig förvrängning, dataplgiat eller -stöld. Studierna som inkluderas i en systematisk litteraturstudie ska ha gjort noggranna etiska överväganden och alla artiklar som ingår i litteraturstudien ska redovisas. Alla resultat från studierna ska redovisas, inte enbart de som stöder den egna litteraturstudiens hypotes. (Forsberg & Wengström 2008, 77, 144). Inom

humanvetenskapen är principerna att personerna som deltar skall ha självbestämmanderätt, ingen får skada någon och ingen får kränka andra personer, deras privatsfär eller integritet. (Forskningsetiska delegationen 2009).

Samhällsforskare ska vara etiska i sina studier vid insamlingen av datan och även i analysprocessen. Datainsamlaren ska berätta allt kring studien för deltagaren för att deltagaren ska få en full bild av studien. Deltagaren behöver känna till bakgrunden och syftet för att deltagarens intresse för att delta i studien ska vara rätt. Deltagaren har även rätt att dra sig ur, vilket de ska vara informerade om. Vid publikationen ska deltagarnas rättigheter och värdighet respekteras. (Denscombe 2009, 193). Resultatredovisningen ska vara välgrundad och det är även viktigt att slutsatserna är noggrant gjorda. (Forsberg & Wengström 2008, 144).

6.3 Praktiskt genomförande

I detta underkapitel presenteras litteraturstudiens och intervjuernas praktiska genomförande.

6.3.1 Praktiskt genomförande av litteraturstudien

Dokument till litteraturstudien söktes i databaserna Academic Search Elite, CINAHL och CINAHL with full text. Sökning av artiklar gjordes i flera omgångar. Sökord som användes i den slutgiltiga sökningen var communication, cultural, immigrants, maternity, midwife, minority och professional-family relations. Även sökord som bl.a. child health services, immigrant children och public health användes utan vidare resultat. Sökningsstrategier för litteraturstudiens sju valda artiklar finns som bilaga 1.

Inklusionskriterierna för litteraturstudiens artiklar var att de är publicerade mellan år 2004 och 2014, vetenskapligt granskade och forskade i Europa. Artiklarna är även från vårdarens synvinkel och datainsamlingsmetoden är individuella intervjuer eller fokusgrupper. Den äldsta valda artikeln är publicerad år 2008. Exklusionskriterierna är om artikeln beskriver upplevelser ur migranternas synvinkel eller om studien är kvantitativ. Vid urvalet valdes artiklar bort som inte motsvarade vår studies syfte eller artiklar som berörde specifika vårdområden, såsom mentala svårigheter hos mödrar eller barn med astma. Vissa relevanta artiklar kunde ej tas med eftersom full text inte hittades. Artiklarna

kvalitetsgranskades med Forsbergs och Wengströms checklista för kvalitativa artiklar. Checklistan berör artikelns syfte, undersökningsgrupp, urval, datainsamlingsmetod, dataanalys och resultat, samt det författaren diskuterar. (2008, 206-210).

Forskningarna lästes igenom i sin helhet och en tabell med de valda artiklarnas författare, publiceringsår, tidsskrift, syfte, land, metod och resultat sammanställdes (se bilaga 2). Artiklarnas resultat lästes igenom flera gånger för att få en korrekt bild av dem. Syntesen framställdes sedan genom att analysera med kvalitativ innehållsanalys. Viktiga meningar som hade betydelse för studiens syfte markerades och meningarna jämfördes med varandra. Några av meningsenheterna valdes i detta skede bort eftersom de ansågs vara irrelevanta för studien. Meningsenheterna sorterades och färgkodades sedan enligt innehåll. Kategorier bildades utifrån detta och flera av kategorier styrkas med något utvalt citat. Kategorierna som framkom var följande: **vårdarnas känslor och upplevelser vid möten, upplevelse av förtroende till vårdaren och migrantens sociala nätverk, upplevelse av migranternas kunskap om hälsovård, upplevelse av kulturella skillnader, språkupplevelser och tolk och andra hjälpmedel**. Underkategorierna som bildats är markerade med kursiv stil.

6.3.2 Praktiskt genomförande av intervjuerna

En semi-strukturerad intervjuguide gjordes upp utifrån tidigare forskning (se bilaga 3). När intervjuguiden färdigställdes sattes ett informationsbrev ihop och skickades ut per epost för att få översköternas tillåtelse att intervjua hälsovårdarna (se bilaga 4). Där bifogades även ett brev till hälsovårdare och barnmorskorna så att de fick informera hälsovårdarna (se bilaga 5). När tillstånd fått av översköterna skickades informationsbrevet ut till slumpmässigt valda hälsovårdare från olika kommuner. Intresserade hälsovårdare kontaktade oss och intervjutider bokades via epost eller telefon.

Intervjuerna gjordes i maj, juni och augusti. Deltagarna var 16 stycken, varav fyra arbetade på både mödra- och barnrådgivning, fem på barnrådgivning och sju på mödrarådgivning. Längden på intervjuerna varierade mellan 10 min och 50 min, vanligen ca 30 min och spelades in med tillstånd. Intervjuerna transkriberades sedan och frågorna markerades med fet stil för att frågorna och hälsovårdarnas svar skulle särskiljas. Intervjuerna kodades med L1-L16. Dialektord översattes till högsvenska i citaten av sekretesskäl. Transkriberingen blev sammanlagt 81 stycken A4 sidor.

I analyseringen har vi huvudsakligen utgått från interjuguidens frågor, d.v.s. deduktiv innehållsanalys har använts. Vi har ändå sett på helheten och transkriberingar lästes igenom många gånger. Viktiga meningar markerades och färgkodades enligt innehåll. De mest relevanta meningsenheterna skrevs in i ett skilt dokument. Sju kategorier bildades utifrån gemensamt innehåll och mening. Resultatets huvudkategorier är: **upplevelse av möten, upplevelse av migrantens stöd och upplevelse av migranternas kunskapsnivå inom hälsovården. Upplevelse av kulturella skillnader och språkupplevelser. Tolk och andra hjälpmedel och behov av förbättringar i mötet.** Underkategorierna är markerade med kursiv stil i texten.

7 Resultat

Resultatet är uppdelat i tre underkapitel. I det första underkapitlet presenteras resultatet från litteraturstudien, d.v.s. svaret på den första frågeställningen. I det andra underkapitlet presenteras resultatet från intervjuerna, d.v.s. svaret från den andra frågeställningen. I det tredje underkapitlet presenteras svaret på den tredje frågeställningen utifrån intervjuerna.

7.1 Resultat från litteraturstudien

I litteraturstudiens resultat finns sex huvudkategorier som framkommit från innehållsanalysen: **vårdarnas känslor och upplevelser vid möten, upplevelse av förtroende till vårdaren och migrantens sociala nätverk, upplevelse av migranternas kunskap om hälsovård, upplevelse av kulturella skillnader, språkupplevelser och tolk och andra hjälpmedel.** Underkategorierna är markerade med kursiv stil i texten. En schematisk bild har gjorts på kategorierna och underkategorierna av litteraturstudiens resultat (bilaga 6).

7.1.1 Vårdarnas känslor och upplevelser vid möten

Både *positiva* och negativa känslor upplevdes av vårdarna vid vård av icke-västerländska kvinnor. Känslorna berörde både arbetstygden och den etniska mångfalden. Den etniska mångfalden var omtyckt av vårdarna och de upplever att det var intressant och fascinerande med olika vanor och traditioner runt graviditet. Arbetet upplevdes som

krävande men belönande. (Boerleider, Francke, Manniën, Wiegers & Devillé 2013, 1661-1662). Vårdare upplevde att arbetet blev mer *utmanande* och intressant när deras patienter också innefattade kvinnor från etniska minoriteter (Lyons, O’Keeffe, Clarke & Staines 2008, 268-269). I den norska mödravården upplevdes den kulturella mångfalden bland patienterna ibland som en enorm utmaning (Lyberg, Viken, Haruna & Severinsson 2008, 291). Vårdarna var uppmärksamma på hur de skulle bemöta kvinnan på bästa sätt när hälsofrågor diskuterades. (Lyberg m.fl. 2008, 291).

It also gives a lot of satisfaction, because then you’re thinking, ”Okay, I’ve been very busy; all the problems have been solved and it’s all fine.” (Boerleider m.fl. 2013, 1662).

Känslor som vårdare uttryckte var ofta *negativa*, såsom svårigheter, stress, bekymmer, frustration och utmattning. I dessa fall var känslorna oftast relaterade till tids- och arbetsbelastning. (Lyons m.fl. 2008, 268-269). Irritation och frustration upplevdes även i den nederländska mödravården. De vårdare som jobbade i ett område med många icke-västerländska klienter upplevde det som mera krävande medan de som vårdade en mindre mängd immigranter tyckte att arbetet var hanterbart. (Boerleider m.fl. 2013, 1661-1662). Det kändes svårt för vårdarna att hantera kvinnans psykiska symtom som uppstått efter olika trauman, vilket kunde leda till en känsla av hjälplöshet hos vårdarna. (Lyberg m.fl. 2008, 291).

Hälsovårdarna upplevde att det var svårt att få en *helhetsbild* av familjen. Det var även påfrestande att inte ha en djup insikt i familjens historia. (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson 2010, 226). Barnhälsovårdarnas största bekymmer vid interaktion med immigrantfamiljer var en oro över att missa barn som är utsatta för hälsorisker. Det var svårt att genast göra en bedömning av immigrantbarnet. Osäkerhet, villrådighet och bekymmer upplevdes när hälsovårdaren inte kände till eller förstod barnets omgivning och inte kunde bedöma om barnet var utsatt för risker eller inte. När kommunikationen eller relationen mellan föräldern och hälsovårdaren inte var bra och hälsovårdaren upplevde att föräldrarna var svåra att nå stärktes oron för barnet. (Berlin, Hylander & Törnkvist 2008, 120-122).

Vårdarna uppfattade transkulturell hälsovård på olika sätt. Någon påpekade att vi alla kommer från olika kulturer, vilket vi alla ska bli respekterade för. En annan såg på migranterna som en grupp. (Akhavan 2012, 52). Den negativa jämförelsen mellan migranter och andra kvinnor som de och oss förekom även. Rasism förekom också mer

eller mindre på olika vis. Några generaliserade även och tänkte att alla etniska minoriteter är afrikanska. (Lyons m.fl. 2008, 268-269).

Vårdarna upplevde att kvinnor från etniska minoriteter med annat språk än vårdaren krävde mycket mera *tid* än andra (Lyons m.fl. 2008, 264-265). Hälsovårdarna upplevde att ingen hade tillräckligt med tid för att ta itu med psykosomatiska problem, vilka enligt dem var vanliga i migrantfamiljer (Samarasinghe m.fl. 2010, 226). Begränsad tid för mötena upplevdes även som ett problem för de svenska barnmorskorna och de kunde inte heller förlänga de utsatta tiderna. Möten med migrantkvinnor upplevdes kräva mer tid än andra möten p.g.a. tolkanvändning, extra förklaringar och bekräftelse av att kvinnan förstått. (Akhavan 2012, 50). Språkbarriärer bidrar till en ökad arbetstyngd. I den nederländska studien uppgav barnmorskorna att de bokade extra tid för möten när språksvårigheter fanns. (Boerleider m.fl. 2013, 1662, 1664).

7.1.2 Upplevelse av förtroende till vårdaren och migrantens sociala nätverk

Vårdare tyckte att det var svårt att bygga upp ett förtroende till klienter som har ett annat språk än vårdaren (Lyons 2008, 265). Misstro kunde uppstå när det fanns kommunikationssvårigheter (Akhavan 2012, 50). Några vårdare uttryckte att det var svårt att bygga upp en *vårdrelation* med en person som inte pratade samma språk som dig, inte kände dig och kanske har varit utsatta för krig eller sexuella övergrepp. Flera vårdare hade privata relationer med de somaliska kvinnorna. Några vårdare uttryckte ändå att vårdaren var ansvarig för att förhållandet är professionellt, oberoende av kvinnans kultur och beteende. (Degni, Suominen, Essén, El Ansari & Vehviläinen-Julkunen 2012, 335-336). Alla ville bli professionellt bemötta av hälsovårdspersonal (Lyberg m.fl. 2008, 291).

Skapandet av en trygg relation upplevdes som en grundläggande sak när hälsovårdaren mötte familjer (Samarasinghe m.fl. 2010, 227). Vårdarna i den finländska studien upplevde att det bästa sättet för kommunikation med somaliska kvinnor var *interaktion*. Interaktion och lyssnande ska användas för att kvinnorna ska få förtroende för vår kultur och våra hälsovårdstjänster. (Degni m.fl. 2012, 335). Vårdare ansåg att det behövs ett välkomnande och öppet möte där de lyssnar på immigranterna och tar deras behov i beaktande. Det tar tid att erhålla tillit och förtroende. (Akhavan 2012, 50). Några hälsovårdare ansåg att mentalt lidande kan lindras och familjens identitet uttrycks om de får prata om sin bakgrund och migrationshistoria. (Samarasinghe m.fl. 2010, 227).

Hembesök kunde enligt flera vårdare utgöra en möjlighet att bilda relationer eller lära känna familjen och deras kultur (Samarasinghe m.fl. 2010; Degni m.fl. 2012; Boerleider m.fl. 2013). Barnhälsovårdarna försökte även vara mera öppna för att erhålla förtroende och få ett bra förhållande. Det upplevdes lättare att få föräldrarna att öppna upp sig om eventuella problem och deras privatliv, när hembesök gjordes. (Berlin m.fl. 2008, 123).

”Once they get to know you, they can trust you, they talk with you about any issues, including those we Finns think are taboo in their culture and religion.” (Degni m.fl. 2012, 335).

Enligt vårdarna upplevde många kvinnor *ensamhet* under och efter graviditeten. De saknade ofta sin mamma och andra kvinnliga släktingar och i vissa fall kunde de inte ens få telefonkontakt med sin familj. Mannen kunde ha långa arbetsdagar och kvinnan hade ofta få vänner. (Lyberg m.fl. 2008, 291). Nyankomna migranter som inte pratade svenska eller hade kontakter i det svenska samhället upplevdes som isolerade (Akhavan 2012, 51). Vårdare var medvetna om att migrantkvinnornas isolering borde motarbetas och att kvinnorna behövde social integration (Lyberg m.fl. 2008, 293). Några hälsovårdare upplevde att familjen fungerar bra om de hade en skild plats i samhället och om de hade klara roller inom familjen. (Samarasinghe 2010, 227-228).

7.1.3 Upplevelse av migranternas kunskap om hälsovård

Vårdarna har upptäckt att migrantkvinnorna var *obekanta med hälsovårdssystemet* i det nya landet, vilket kunde upplevas som en ökad arbetstyngd för vårdarna (Lyons m.fl. 2008; Boerleider m.fl. 2013). Migranterna hade enligt vårdarna andra förväntningar på innehållet av mödravården (Lyberg m.fl. 2008, 290). Kvinnorna visste inte hur de ska använda systemet eller vad de skulle förvänta sig av det. Vissa etniska minoriteter kunde vara vana med mer omfattande hälsovård. Konflikter kunde uppstå när vårdaren skulle förklara att hälsovårdssystemet inte fungerar på samma sätt här. (Lyons m.fl. 2008, 266). Extra tid måste användas till att beskriva hälsovårdssystemet. (Boerleider m.fl. 2013, 1662-1663).

Immigranterna kunde enligt vårdare starkt föredra läkare istället för barnmorskor i mödravården (Boerleider m.fl. 2013, 1663). Många minoritetskvinnor föredrog även kvinnliga läkare, vilket vårdarna oftast försökte vara tillmötesgående med. När det inte fanns några kvinnliga läkare tillgängliga kunde svårigheter uppstå. (Lyons 2008, 267). Vårdarna upplevde att det är en utmaning att få migranterna att lita på landets hälsovårdssystem, eftersom många migranter även trodde att de privata tjänsterna var

bättre. Det kom även fram att den norska mödravården inte var anpassad enligt migranternas behov. (Lyberg m.fl. 2008, 290, 292). Enligt vårdare kunde vården även bli ojämlig när immigranter inte kunde kräva sina rättigheter eftersom de inte kunde språket eller känner till systemet (Akhavan 2012, 51).

Vårdarna uppger även att de stötte på socioekonomiska *problem*, såsom att kvinnan inte hade råd att köpa tillhörigheter till babyn eller hade bristande transporteringsmöjligheter. Då behövdes samverkan med andra professionaliteter. (Boerleider m.fl. 2013, 1663). Ifråga om när och hur ofta immigranter uppsöker hälsovård upplevde de svenska barnmorskorna ingen större skillnad i jämförelse med andra svenskar. Någon upplevde att immigrantkvinnor sökte vård först när det kanske är för sent. Utbildningsnivå, hemland och hur länge kvinnan varit i Sverige upplevdes påverka hur kvinnan använder hälsovårdstjänsterna. (Akhavan 2012, 51). Det försvårade mötet om kvinnan hade begränsningar i förmågan att läsa, förstå och använda hälsoinformation. (Boerleider m.fl. 2013, 1662). Utbildningsmässig var vissa av mödrarna i klientelet högt utbildade, medan andra kunde vara analfabeter. Kvinnorna hade olika behov av utbildning och kunskap om sin egen och barnets hälsa. (Lyberg m.fl. 2008, 291).

7.1.4 Upplevelse av kulturella skillnader

Relationen mellan vårdaren och kvinnan upplevdes vara beroende av *vårdarens förståelse av kvinnans kultur, religion och historia*. Dessa faktorer hade påverkan på den mentala hälsan och förtroendet för hälso- och sjukvården. (Degni m.fl. 2012, 335). För att få en förtroendefull relation ansåg vårdarna att det var viktigt att engagera sig i migrantkvinnans värderingar (Lyberg m.fl. 2008, 292). Hälsovårdarna var medvetna om kulturens påverkan på en människas beteende och tog därför kulturella värderingar i beaktande (Samarasinghe m.fl. 2010, 227).

”It does not matter what a woman’s cultural background is or what her skills in the Swedish language are.. As a midwife I should provide good care”. (Akhavan 2012, 50).

Hälsovårdarna upplevde svårigheter med att få migrantfamiljer att anta det nya landets metoder gällande barnets matvanor och självvård (Samarasinghe m.fl. 2010, 227). Det kändes *svårt att stöda och motivera* migrantkvinnorna ifråga om hälsovanor. (Lyberg m.fl. 2008, 290). Olikheter i kulturella uppfattningar, förväntningar och beteenden kunde leda till missförstånd. Kulturkrockar hade uppstått p.g.a. kulturella eller religiösa

övertygelser. Vårdarna hade märkt att kulturen kan ha betydelse när kvinnan gjorde olika beslut. (Akhavan 2012, 50). Barnmorskorna upplevde ett nära involverande av många olika familjemedlemmar, speciellt under den postnatala perioden. Familjen gav mycket råd till den nyblivna mamman och i vissa fall kunde råden motsäga de råd som hälsovårdspersonalen gav. Vårdarna upplevde då att det inte alltid var så lätt att föra fram information om eventuella faror. (Boerleider m.fl. 2013, 1663).

Barnhälsovårdarna upplevde att immigrantföräldrarna gjorde oförnuftiga saker med sina barn, vilket hälsovårdarna ansåg ha kulturella orsaker eftersom svenska föräldrar behandlade sina barn annorlunda. I dessa situationer ville hälsovårdarna inte tvinga deras egna *värderingar* på föräldrarna. Vårdaren var ändå osäker på om de hade missat situationer där de borde ha ingripit istället för att bara acceptera beteendet. (Berlin m.fl. 2008, 122). Vårdarna upplevde att många migrantkvinnor inte var oroade över deras egen hälsa under den prenatala och postnatala tiden. Migrantkvinnorna accepterade fysiska symtom enklare än andra norska kvinnor och ansåg att graviditeten enbart var en del av en kvinnas liv. Detta förvånade vårdarna eftersom graviditet vanligen var en period när kvinnan var villig att förändra sin livsstil. (Lyberg m.fl. 2008, 290). Andra kulturella skillnader som framkom gällde förlossning (Lyons m.fl. 2008, 267-268), amning (Lyons m.fl. 2008; Boerleider m.fl. 2013) och preventivmedel (Degni m.fl. 2012, 338).

I den norska mödravården var de oroliga över att många migrantkvinnors rådgivningsbesök saknade *kontinuitet* (Lyberg m.fl. 2008, 290). Icke-västerländska kvinnor var mer ofta sena till mötena, men ville ändå träffa barnmorskan när de kom (Boerleider m.fl. 2013, 1662). De finska vårdarna upplevde även att de somaliska kvinnorna inte kom i rätt tid till mötet eller att de inte följde instruktionerna de fått. De somaliska kvinnorna hade enligt vårdarna en annan tidsuppfattning. Någon sa ändå i intervjun att somaliska kvinnor började komma i tid vartefter de lärt sig mera om samhället. (Degni m.fl. 2012, 338-339).

7.1.5 Språkupplevelser

Språket är ett grundläggande instrument för effektiv kommunikation. Bra språkkunskaper kunde minska på ojämlikhet i hälsovården. (Akhavan 2012, 50). Vårdarna upplevde att det var svårt att kommunicera med klienter när de pratade olika språk (Lyons m.fl. 2008; Degni m.fl. 2012; Boerleider m.fl. 2013). *Språkbarriärer* kunde komplicera situationer eftersom vårdarna blev osäkra om kvinnan förstått informationen och om de själva har

förstått vad kvinnan menar (Lyons m.fl. 2008; Lyberg m.fl. 2012). Kommunikationsproblem var ett hinder för interaktion enligt flera finländska vårdare (Degni m.fl. 2012, 336).

”Sometimes I find it frustrating when I can’t express myself to other people because of a language barrier”. (Boerleider m.fl. 2013, 1662).

Vårdarna kände att det inte fått en noggrann anamnes av immigranterna och de var *oroliga* över att inte kunna ge god vård ifall de missat viktig information. (Lyons m.fl. 2008, 264-265). Svenska hälsovårdare upplevde att språksvårigheter var ett hinder för att förstå inre relationer i en klients familj (Samarasinghe m.fl. 2010, 226). I Nederländerna upplevdes kommunikationen mera besvärlig med mödrar som inte pratade samma språk som vårdaren än vid kommunikation med andra. Telefonsamtal upplevdes som speciellt svåra att genomföra. Det kunde även kräva mycket extra förklaringar för att kvinnan skulle förstå att exempelvis gå till laboratoriet eller till en ultraljudsundersökning. Någon vårdare tyckte att det går smidigare om någon går med kvinnorna till de olika undersökningarna som kan språket. (Boerleider m.fl. 2013, 1662).

7.1.6 Tolk och andra hjälpmedel

Vårdarna upplevde att det oftast är opassande att använda *familjemedlemmar som tolk*, såsom barn eller även vänner (Lyons m.fl. 2008; Samarasinghe m.fl. 2010; Boerleider m.fl. 2013). Vårdarna var oroliga över tolkningens noggrannhet och sekretess (Lyons m.fl. 2008, 265). I den finska mödravården upplevdes situationer som hopplösa och frustrerande när kvinnans barn tolkar. Vårdarna var inte säkra på att barnet förstod och översatte rätt åt mamman, eftersom ett barn inte alltid känner till de ämnen som diskuteras i mödravården. (Degni m.fl. 2012, 336). När ingen kunde tolka åt klienterna försökte vårdarna kommunicera genom att prata riktigt långsamt och göra gester (Lyons m.fl. 2008; Samarasinghe m.fl. 2010). *Kroppsspråk* användes också (Samarasinghe m.fl. 2010; Lyberg m.fl. 2012).

I mödravården var de glada att kunna använda *professionella tolkningstjänster* vid behov. Tolkningstjänsterna upplevdes ändå inte utan begränsningar och svårigheter. (Lyons m.fl. 2008, 265). Det framkom att det kunde vara svårt att förstå varandra trots användning av tolk (Akhavan 2012, 50). *Kvaliteten* på tolkningen var viktig och vårdarna tycker att det var viktigt att använda tolkar som även kände till terminologin (Lyons m.fl. 2008; Lyberg

m.fl. 2012; Akhavan 2012). Vårdare funderade över lämpligheten med att ha manliga tolkar (Lyberg m.fl. 2012, 292). Oro uttrycks över att tolkarna ofta är män. Det kunde orsaka svårigheter eftersom ämnen kring graviditet kan vara väldigt intima och personliga. (Lyons m.fl. 2008, 265-266).

Vårdare upplevde att det tar tid att boka och vänta på tolken (Lyons m.fl. 2008, 265). Situationer beskrevs när tolken var sen eller inte alls dök upp. *Telefontolkning* upplevdes ofta positivt eftersom kvinnan då kunde vara anonym, men även telefontolkning upplevdes ha begränsningar. (Lyberg m.fl. 2012, 292). Telefontolkningen ansågs som nödvändig i arbetet, speciellt föredrogs den när diskussionen berörde känsliga ämnen eller viktig information. Förutom tolkning använde sig vårdarna av översatta broschyrer om olika aktuella ämnen, vilka kunde hittas på olika hemsidor. Andra hjälpmedel var filmer på internet, bilder och icke-verbal kommunikation. (Boerleider m.fl. 2013, 1664).

Barnhälsovårdarna strävade till att få reda på om psykosociala faktorer i barnets omgivning var en hälsoriskfaktor eller inte och när de kände sig osäkra gjorde de en klagörande bedömning eller strategi. *Aktiva strategier* för att hitta riskfaktorer var att göra hembesök och ha flera återkommande kontakter med familjerna. Därmed fick de bättre insikt i barnets situation och en relation med föräldrarna bildades. Hälsovårdarna var mera öppenhetade, personliga och samlade in information av andra professionaliteter som var i kontakt med familjen. De samarbetade och fick även råd av andra kollegor och professionaliteter. Passiva strategier var att vänta och se. Då antog hälsovårdarna att problemen berodde på att familjen varit i landet så kort tid och de hoppades att situationen för barnet skulle ändra med tiden. Strategin med att vänta kunde förändras till en mera aktiv form om hälsovårdarens oro ökade och tvärtom. (Berlin m.fl. 2008, 122-123).

Vårdaren ansträngde sig och strävade till optimal vård för både mamman och barnet trots att situationerna var utmanande. Några vårdare var alerta och aktiva genom att låta klienterna upprepa den information som de fått, printa ut översikter eller kontrollera varför klienter uteblivit från möten. (Boerleider m.fl. 2013, 1663-1664). Hälsovårdaren upplevde att de bör ha ett tillitsfullt, medkänsligt, psykologiskt och humoristiskt sätt. De ansåg även att det var nödvändigt att vara nyfiken på främmande länder och människor. (Samarasinghe m.fl. 2010, 227).

Vårdarna upplevde att de hade ett stort ansvar för att informationen blev förstådd. Någon uttryckte att de ofta önskade att de kunde prata kvinnans språk. (Lyberg m.fl. 2012, 292).

Hälsovårdarna försökte ibland lära sig några ord av migrantens språk (Samarasinghe m.fl. 2010, 227). I den svenska studien framkom det också att någon var tillmötesgående genom att anse att barnmorskorna borde anpassa sig enligt hur kvinnan kommunicerar. En annan uttryckte att det skulle vara mycket enklare om kvinnan kunde prata vårdarens språk. (Akhavan 2012, 50).

Vårdare uttryckte att de kunde lära sig kvinnans livsstil och kulturella normer genom social interaktion (Degni m.fl. 2012, 335). *Kulturell mångfald* bland hälsovårdspersonalen ansågs vara en viktig resurs för kulturellt sensitiv vård. Barnmorskorna i Akhavans studie ansåg att det behövs mera utbildning och skolning i ämnet transkulturell hälsovård. Skolningen bör vara kontinuerlig. Detta för att de ska kunna erbjuda jämlik hälsovård och utveckla sina kommunikationsfärdigheter. (2012, 52).

”cultural sensitive training means to learn how to meet culturally diverse people in the right way”
(Akhavan 2012, 52).

Flera hälsovårdare ansåg att integrationen i samhället är viktigt och försökte genom samarbete *skapa nätverk* åt familjen med olika grupper, såsom spädbarnscaféer eller olika diskussionsgrupper. (Samarasinghe m.fl. 2010, 228). Vårdare hade positiva erfarenheter av öppna daghem i kombination med språkkurser och andra gruppaktiviteter. De påpekade vikten av att aktiviteterna ska vara anpassade enligt vad personen är intresserad av. (Lyberg m.fl. 2008, 293).

7.2 Resultat av intervjuerna

De 16 hälsovårdarna blev först intervjuade på deras erfarenhet inom området och även vilka språk som var mest vanliga just nu på orten. En fråga var: *Kan du berätta om hur lång arbetserfarenhet du har och hur ofta du möter familjer med annan kultur och språk?* Hälsovårdarna/barnmorskorna hade arbetserfarenhet allt från några år upp till 30 år. Erfarenheten kring möten med andra kulturer var även bred, allt från dagliga kontakter till årliga besök med familjer med annan kultur och språk. Frågorna som ställdes var: *Från vilka länder kommer familjerna främst? Vilka språk är vanligt förekommande?* Länder som framkom var Irak, Iran och Afghanistan. Språken vietnamesiska, ryska, somaliska, engelska, bosniska framkom.

Intervjuresultatet presenteras enligt kategorierna som framkommit från innehållsanalysen. Upplevelserna som beskrivs är ur hälsovårdarens perspektiv. Huvudkategorierna är: **upplevelse av möten, upplevelse av migrantens stöd och upplevelse av migranternas kunskapsnivå inom hälsovården. Upplevelse av kulturella skillnader, språkupplevelser och tolk och andra hjälpmedel.** Underkategorierna är markerade med kursiv stil i texten. En schematisk bild har gjorts på kategorierna och underkategorierna av intervjustudiens resultat (bilaga7).

7.2.1 Upplevelse av möten

Upplevelsen av mötet var olika. Hälsovårdarna använde sig av både tolk och kroppsspråket för att visa åt familjen vad de menade med olika saker. Fastän besöken ansågs vara *positiva* och givande var det många av besöken som upplevdes av hälsovårdarna att de var *tunga*. När hälsovårdaren gör olika åtgärder missförstås det ibland av migranten. Ibland upplevde hälsovårdare att de kunde få vinstkänslor när de fått immigranten att förstå något och när ett problem blev löst.

”Det är så pass mycket förr, förr var det så att man ”gruva” sig för dem. Att det har jag tänkt på någon gång att imorgon kommer de, att imorgon kommer en sådan, hur gör jag? Öh, men idag, nuförtiden de öser bara på jag tänker inte på...” L9

”Men det är ju knepigt just då man har de där tolkarna och de ska in till läkaren, då är man nog som stressad, om dom dessutom kommer lite försent så blir man (drar efter andan) ”in, ta bort kläderna, snabbt snabbt” för det är ju ändå en liksom stress” L11

”Man måste vara skärpt. Det suger mera energi och är tyngre” L6

Hälsovårdarna beskrev *finkänslighet* i olika former. Några hälsovårdare var rädda för att göra bort sig eller att trampa någon på fötterna. Vissa hälsovårdare funderade på en del möten efteråt och ansåg att det var en balansgång vid möten. Vissa av hälsovårdarna läste in sig på olika kulturer innan de möttes, men andra stödde sig på finländska lagarna. Hälsovårdaren bokade ofta 30-60 min *extra tid* beroende på besökets innehåll.

”En och en halv timme brukar jag reservera. Vanligtvis är det en timme. Men just därför att det är tolken och jag måste vänta när tolken översätter så att det är inte bara jag som pratar.” L12

”Med en familj från annan kultur brukar jag läsa mig in så jag vet lite och hur de vill ha det och frågar hur de vill att saker ska göras och hur det fungerar i deras kulturer. Jag bokar extra tid för att jag vet

att det tar längre och klienter kan visa med det andra språket (syftar på kroppsspråket) om det inte går att förklara med ord.” L5

7.2.2 Upplevelse av migrantens stöd

Upplevelsen av det *sociala nätverket* från familj eller släkt var varierande. Familjerna var ofta vana vid ett stort socialt umgänge med släkt och familjer. Många bor i en gemenskap eller har släkten här i Finland, vilket även kunde vara en nackdel om de inte blev integrerade med finländare. Några upplevdes vara helt isolerade om familjen bodde i ett annat land. De i sin tur behövde mera stöd, men det upplevdes svårt att få hjälp till dessa familjer. Stöd- och vänfamiljer ansågs som ett positivt stöd, men det fanns inte på alla orter. Några av migranterna som bott länge i Finland har integrerats och fått finländska vänner och även gift sig med en finländare. Hälsovårdaren upplevde också att immigranterna hade tillit och *förtroende till hälsovårdaren* och kände sig tacksamma, vilket kanske inte alla finländska familjer var. Hembesök med uppdukade bord var vanligt när hälsovårdarna kom på besök. Hälsovårdaren upplevde att migranten anser att besöken var givande.

”...brukar jag försök ”buck” iväg dem dit lite å...” L13

”...Så nog är det mycket å sånde hjälplöshet som man känner å att man känner sig otillräcklig och sku vilja göra mer om det är något problem i familjen” L10

”att de är tacksamma att man ”iis” försök och den tacksamheten gör att det är ganska lätt alltihop..”L9

”De vill gärna ha uppdukat för hembesöken och tar emot en som en vän. De värdesätter relationen mer än oss, de har mera kvalitet i relationer” L6

7.2.3 Upplevelse av migranternas kunskapsnivå inom hälsovården

Trots att hälsovårdarna hade olika arbetserfarenheter så upplevde hälsovårdarna att de kunde förlita sig på det finländska systemet och lagarna. Migranterna lärde sig snabbt vilka undersökningar som skulle genomföras och vilka kriterier som gällde. Hälsovårdarna upplevde att familjer med annan kultur och språk *litar på det finländska systemet* och vårdarna. Hälsovårdarna kunde också uppleva att det var svårt att lära dem någonting nytt, speciellt ifall de har många barn från tidigare. Migranter som hälsovårdaren mötte på i sitt arbete hade en mycket *varierande kunskapsnivå*, en del hade bra kunskap medan andra

migranter upplevde att de lärde sig någonting nytt. Andra kände sig tveksam till de finländska rekommendationerna. Analfabeter förekom vilket kunde göra arbetet mer krävande.

" Det kom en som var analfabet. Jag gav henne en urinburk och inte visste hon vad det var, utan trodde att hon skulle dricka ur den. Sådant som man inte tänker på att som är självklart för oss, nödvändigtvis inte för alla".

" ... och hon började ifrågasätta så mycket.. blivande mommon hon var så på nå sätt så negativt inställd till hela amningen... de första dropparna får man absolut inte ge (...) så sa hon att bara, nej det var nog mycket nytt som vi liksom inte visste". L11

7.2.4 Upplevelse av kulturella skillnader

De kulturella skillnaderna i intervjuerna var många. Hälsovårdarna beskrev upplevelser av olika *kulturella skillnader* kring barnuppfostran, religion, kultur och språk. De upplevde kulturkrockar och hade svårt att inte generalisera familjerna. De upplevde att de hade lite kunskap om olika kulturer och många av hälsovårdarna ville ha mer kunskap kring olika kulturer. Det kom bland annat fram av hälsovårdarna att *moderskapet* föll sig naturligare i vissa kulturer, att i vissa kulturer ammade mammorna inte eftersom det ansågs vara smutsigt. I vissa kulturer pratade de inte om måendet utan allt var bra om någon frågade och spädbarnen kunde vara mer spänstiga i motoriken. En annan sak som kom fram i intervjuerna var att *männen* kunde ses som kontrollerande och styrde familjen. Hälsovårdarna upplevde att det kunde vara svårt att informera om matvanor åt mammorna p.g.a. olika uppfattningar om vad barnen bör äta. En stor del av hälsovårdarna upplevde ändå att de möts för att kunna ge och ta av kunskap om olika kulturer.

"...man ska väl ha samma kunskap som när man jobbar med det här. Man ska vara intresserad, man lär ju, det är ju så spännande, att man inte är rädd, att man inte har fördomar. Att man inte hänger upp sig på olika religioner framförallt. Jag tror att det skulle göra gott för såna där rasistiskt tänkande att då man möter människor mot människor" L9 "

" Man måste bara respektera deras önskemål, hur de vill ha det." L2

En del av resultatet visade att *förseningar till möten och avbokningar* var vanliga. På vissa rådgivningar var de förutseende och hade bokat extra tid. Ofta kände hälsovårdarna sig frustrerade när tolk och hälsovårdarens tid var bokat och familjerna inte dök upp. Andra

gångar var det ofta bara frågan om några minuters förseningar av diverse orsaker som transport och den kulturella skillnaden i tidsuppfattning.

"Jo det är allmänt känt att i vissa kulturer har man inte detta tidsperspektiv som finländsk tidpunktlighet." L5

"Att det där mot Asien, att den här traditionen är jätteviktigt att man, att man lever som för igår så att säga... vi här i Finland lever ju som för framtiden... och så menar hon då som USA och då kanske också Sydamerika lever liksom just nu." L11

7.2.5 Språkupplevelser

Den verbala kommunikationen mellan vårdare och familjer med annan kultur och språk uppfattades som den mest frustrerande upplevelsen. Frustrationen grundade sig på olika saker. Upplevelsen av *att inte nå fram* med den informationen som vårdaren ville ge, även om vårdaren försökte förklara flera gånger. Det blev inte så mycket tal på sidan om utan den mest nödvändiga informationen gavs.

"Fast man tycker att man ger allt, men ändå så får de inte riktigt det samma känns det som" L8

"Så jag tycker att den här största svårigheten som vi har är det att vi har inte samma språk så att vi skulle kunna diskutera". L12

Barn- och mödrarådgivningsarbetet med utländska familjer blev ibland förhindrat på grund av språket. Alla uppgifter kunde ibland inte genomföras eftersom uppgiftens syfte miste sitt värde när den inte genomfördes på finska eller svenska, även om tolken tolkade till barnets modersmål.

"Till exempel vid tre års LENE har vi de här bilderna som vi brukar säga att här är bil, fil och pil. Så jag brukar hoppa över dem och jag skriver dit att har inte samma språk... Meningen bakom de här bilderna och de här orden kommer inte fram.." L12

En stor del av hälsovårdarna ville ha tolk vid samtal med utländska familjer, medan andra valde att tala engelska ifall det var möjligt. Flera hälsovårdare upplevde att de fick en närmare kontakt med sina patienter ifall de talade ett *gemensamt språk* som engelska. Tyvärr framkom det upprepade gånger i intervjuerna att det lätt blev *missförstånd* när kommunikationen skedde på ett gemensamt språk som inte var deras modersmål. Språkupplevelserna grundade sig också på de olika språknivåerna som migranterna hade. Vissa kunde språket relativt bra, några kunde bara ett fåtal ord och vissa kunde ingenting alls.

Kroppsspråket beskrevs som ett användbart hjälpmedel. Det som inte gick att förklaras med ord, gick ibland att visa med gester. Hälsovårdarna upplevde att de använde mycket kroppsspråk och gester för att förtydliga den information som gavs. *Den nonverbala kommunikationen* bör därför tas i beaktande. Andra svårigheter som upplevdes var när migranten talade runt en fråga men inte gav något riktigt svar. Genom att respektera klientens kultur när det gällde berörelse och kroppsspråk så kom hälsovårdaren sig långt. Ibland var den nonverbala kommunikationen viktigare än den verbala, genom att visa att vårdarna brydde sig och ville dem väl.

" Det är många gånger det att inte behöver man alla gånger ha det där direkta orden och kunna förklara. Utan att finnas, vara som medmänniska och finnas där bredvid...Ibland är det det som betyder mycket för dem. Den ordlösa kommunikationen." L16

7.2.6 Tolk och andra hjälpmedel

Tolkningstjänsterna ansågs vara lättillgängliga och tolkningscentralen i Vasa användes flitigt av de som använde tolkningstjänsterna. Privatpersoner, frilanstolkar och tolkningscentraler i Uleåborg och Helsingfors användes. Även om tolkningstjänsterna ansågs som någonting positivt och lätta att få tag i så använde sig inte alla av dem. Hälsovårdarna hade möjlighet att få tag i både vanligare och svårare språk, samt kvinnliga och manliga tolkar. Swahili nämndes som ett språk som är svårt att få tag i, medan ryska, sorani, arabiska och bulgariska ansågs lätt att få tag i. Tolkar som kan en speciell dialekt gör även tolkningen mer korrekt. I intervjuerna framkom att 94% av vårdarna använde sig av tolk, medan de andra antingen valde att använda sig av finska, svenska och engelska.

" Så pratar jag nog engelska på den här platsen (....) Att på så sätt så har vi inte de här tolkarna med nå jättemycket." L11

"Vi använder nog ofta ja, det gör vi nog och är det nå speciellt med de nyanlända och om man inte har ett gemensamt språk så bokar vi nog tolk. Det här då använder vi ofta telefontolkning, att jag tycker att det går smidigast trots allt." L16

Det var ungefär lika många som använde sig av *tolk på plats* och *telefontolk*. Tolkning via webbkamera har även prövats. Största delen använde sig av både telefontolk och tolk på plats. Tolk på plats användes oftast vid läkarbesök och viktiga undersökningar. Telefontolk användes ofta, speciellt i akuta fall och sparade tolken lång resa. Vid användning av tolk framkom det att vårdarna måste välja sina ord mera noggrant och meningarna skulle vara korta och enkla.

"Vi har telefontolk vid kortare besök och närvarande tolk vid längre undersökningar". L7

Användningen av *familjemedlemmar och släktingar som tolk* förekom endast enstaka gånger. Vanligtvis användes mannen som tolk om han kunde ett av hälsovårdarens språk och vid korta oplanerade ärenden.

"Ja korta saker... Att jag säger nog stopp ifall de börjar tala om mammas sjuka hjärta eller någonting, så säger jag nej att nu bokar vi en tolk"

Problem som framkom var att hälsovårdaren ibland upplevde situationen som oviss när hon inte visste vad tolken översatte. Hälsovårdaren visste inte alltid om informationen översattes rätt. *Ovissheten* berodde ibland på att det var en manlig tolk och kvinnlig patient, då kanske tolken inte tolkade intima ämnen som preventivmedel, sexualitet och blödningar.

"Då hade vi bara en manlig tolk och efter det så var det en somalisk kvinna som börjat lära sig svenska som berättade att det han tolkade var helt fel. Han kunde inte säga vissa saker åt en kvinna och därmed så lämnade det fel översatt." L7

Ibland upplevde hälsovårdarna att tolkarna hade tolkat många rådgivningsbesök och själva börjat ge råd till patienten. Hälsovårdaren kunde be tolken att översätta någonting till mamman och mamman gav ett långt svar. När sedan tolken översatte tillbaka till hälsovårdaren fick hon bara ett kort svar tillbaka. Någon framförde också att detta med tolk var tidskrävande. Problem som att det inte alltid fanns motsvarande ord på det andra språket och kulturella skillnader där manliga tolkar inte uppskattar kvinnliga vårdare gjorde situationen svår. Det kunde även vara många språk inblandade i tolkningsprocessen.

"Så jag har tre språk där så först tänker jag på den där frågan på finska och sen översätter jag det på svenska. Hon säger det på vietnamesiska och sen fram till mig tillbaks på svenska och sedan tänker jag på finska." L12

"... och nästan varje gång blir det så att efteråt tänker jag att vad har den här tolken översatt. Att är det riktigt det som jag har berättat eller frågat, nästan varje gång." L12

"Knepigt med manliga tolkare som inte uppskattar kvinnliga vårdare" L7

Tolken var kanske det huvudsakliga hjälpmedlet i kommunikationen mellan hälsovårdare och migrantfamiljer med svaga språkkunskaper i finska, svenska och engelska. De andra hjälpmedlen som vårdarna använde sig av berodde på ort och immigranternas ursprung. De flesta av hälsovårdarna använde sig av K5:s hemsida. Hjälpmedel som *broschyrer* på olika

språk användes också, men inte lika mycket på grund av att broschyrerna inte fanns på så många olika språk. Hjälpmedel som Googles *översättningsverktyg*, YouTube-klipp, *videor* och olika *böcker* användes, såsom exempelvis Västöliittos bok som tar upp kulturer, kvinnoosyn, graviditet och barn. Alla vårdare var överens om att det inte finns tillräckligt med hjälpmedel, det skulle exempelvis kunna finnas mer broschyrer och guider på olika språk.

"Jag brukar använda mig av en gammal atlas (syftar på en anatomisk atlas), den tycker jag är bra"
L6

"...nå broschyrer finns det, men inte till alla språk som vi har" L12

"Google translate, det använder jag nog när vi som, just som med sjukdomar mera." L11

7.3 Behov av förbättringar i mötet

Detta underkapitel svarar på studiens tredje frågeställning utifrån intervjuerna. Hälsovårdarnas upplevelser gällande förbättringsmöjligheter var mycket olika. *Broschyrer och olika hemsidor* om olika rådgivningsämnen behövs. Ämnen som föreslogs var amning, fosterscreening, graviditetsL, sockerbelastning och vanliga provtagningar som tas av den gravida. Hälsovårdaren behöver även kunskap var informationen hittas.

"Motionsrekommendationer finns för mödrar på olika språk men inte för barn" L2

"Det är ju en broschyr som skulle vara jättebra att ha på många olika språk" L10

"Alltid bra med broschyrer, men det är ju många olika språk man skulle behöva på." L5

Några hälsovårdare upplevde också att de inte hade tillräckligt med *resurser* för att migranterna alltid skulle få den hjälp de behövde.

"Nå just något ställe att sluss dem vidare om det är nå problem med någonting, mer resurser, psykologresurser tycker jag absolut." L15

"Sen är det tycker jag så tragiskt att när det är frågan om traumatiska situationer som våldtäkt i flyktinglägren innan de kommer hit. De vill ju inte prata om det. De vill ju inte ta upp fråga och jag vill inte ta upp det." L6

Föräldragrupper fanns i olika kommuner men det erbjöds inte alltid på det gemensamma språket som migranterna pratade. Majoriteten av föräldrarna kom, men ibland deltog de inaktivt. Vissa mor- eller farföräldrar kunde även vara med och ifrågasätta hälsovårdaren. Några hade varit på THL:s skolningar och fått ny kunskap där. Där har de fått ta del av material på olika språk som kan användas i mödravården och på familjeföreberedelsekurser.

”en sak man inte skulle veta av är familjeförberedelse på olika språk skulle man ju inte ha fått någon information om programmet med sex olika språk att använda sig av om man inte vart på mödradagarna.” L6

Hälsovårdarna var däremot mycket tudelade när det gällde egen kunskap och egna skolningar. *Kunskap* var något som behövdes enligt hälsovårdarna. En del tyckte att de hade fått hyfsat med skolningar, medan andra ansåg att de endast fått lite skolning. De flesta var dock eniga om att de ville ha *fortgående skolning* inom ämnet. Utbudet av skolningar gällande kulturella möten verkar variera enligt ort. Vissa vårdare fick kunskap genom att fråga patienterna hur de ville ha det och läsa på om deras kultur, medan andra inte förberedde sig inför mötet utan litade på sina kunskaper. En hälsovårdare uttryckte att vi blir nog aldrig fullärda fast hur mycket skolningar vi får.

" Kurser om olika kulturer skulle jag vilja gå på." L7

" Jag tycker att vi har bra möjligheter att fara till skolningar" L12

" Nej, det har jag nog inte. Jag vet inte om det finns heller. L3

”Att nog är det bara att konstatera att nog är det bra att man läser på om olika kulturer, men innerst inne är vi allihopa bara människor. Att ja, kunna se den här andra människan att kunna mötas på samma nivå.” L15

8 Tolkning

Tolkningen är uppdelad i tre underkapitel utgående från huvudfynden i litteraturstudien och intervjuerna.

8.1 Hälsovårdarnas upplevelser av mötet och faktorer som kan påverka mötet

I litteraturstudiens resultatet framkom att vårdarna ofta upplevde negativa känslor som frustration, vilka ofta var relaterade till arbetstyngden av mötet med personer från andra kulturer (Lyons m.fl. 2008; Boerleider m.fl. 2013). En känsla av hjälplöshet (Lyberg m.fl. 2008, 291), känsla av oro, osäkerhet, bekymmer (Berlin m.fl. 2008, 120-122) eller påfrestning upplevdes (Samarasinghe m.fl. 2010, 226). I resultatet från intervjuerna framkom det även att besöken kunde upplevas som tunga eller stressande. Detta påminner även om studier gjorda av Meddings och Haith-Cooper (2008) och Festini m.fl. (2009). Vårdarna upplevde enligt litteraturstudien ändå att mötet var intressant, gav dem en positiv känsla och att arbetet kunde kännas belönande (Lyons m.fl. 2008; Boerleider m.fl. 2013). I intervjuresultatet framkom att hälsovårdarna också upplevde mötet som positivt. När vårdarna i dessa fall var positiva och personligt engagerade hade de kulturellt begär enligt Campinha-Bacote.

Upplevelse av tidsbrist eller att mötena krävde mera tid än vanligt framkom i litteraturstudien (Lyons m.fl. 2008; Samarasinghe m.fl. 2010; Akhavan 2012). Vårdarnas upplevelser av att det var tidskrävande överensstämmer med studierna av Durham och Pollard (2010) och Parthab m.fl. (2013). Intervjuresultatet visade att många hälsovårdare bokade längre tid vid möten med personer med annan kultur och annat språk och att stress kunde upplevas. I litteraturstudien framkom även att vårdarna bokar extra tid till mötet (Boerleider m.fl. 2013). Detta överensstämmer med studien av Priebe m.fl. (2011).

Många vårdare upplevde enligt litteraturstudien att migranterna var ensamma eller isolerade (Lyberg m.fl. 2008; Akhavan 2012). Även hälsovårdarna som intervjuades upplevde att många migranter var isolerade och det kändes svårt att stöda och hjälpa dessa. Det framkom ändå att flera migranter lever i en gemenskap här eller är bra integrerade i samhället. Upplevelse av ensamhet, hemlängtan och isolation hos migranterna överensstämmer med forskningarna gjorda av Ozeki m.fl. (2008), Wikberg m.fl. (2012), Igarashi m.fl. (2013) och Balaam m.fl. (2013).

Kunskapsnivån bland familjer med annan kultur och språk var mycket varierande. Resultatet av intervjuerna visade att migranterna var allt från högutbildade personer till analfabeter, vilket även framkom i litteraturstudien (Lyberg m.fl. 2008, Akhavan 2012). Problem orsakade av kommunikationssvårigheter och bristande kunskap gällande det nya

landets vårdssystem ledde enligt hälsovårdarna ibland till att migranterna uppsökte vård när det kanske var för sent. (Akhavan 2012). Det stämmer överens med Garcia och Duckette's (2009) samt Parthab, Colette och Maguire's (2013) forskningar. I litteraturstudiens resultatet framkom att det kunde vara krävande för hälsovårdarna att ge vård åt familjer där analfabetism förekom. Likaså om kvinnan inte kunde använda sig av eller förstå den givna informationen försvårades mötet (Boerleider m.fl. 2013). Resultatet kan relateras till Durham och Pollard (2010).

Migranterna visste inte vad de skulle förvänta sig av vårdssystemet och hur de skulle använda det (Lyons m.fl. 2008; Lyberg m.fl. 2008; Boerleider m.fl. 2013). Mödravården var inte alltid anpassad till migranternas behov (Lyberg m.fl. 2008). Migranternas rättigheter blev begränsade på grund av språkbarriärerna och okunskap om systemet, det framkom i litteraturstudiens resultat (Akhavan 2012). Det överensstämmer med en forskning av Meddings och Haith-Cooper (2008). Resultatet om okunskap gällande vårdssystemet går i linje med forskningen gjord av Priebe m. fl. (2011). Däremot så framkom det i intervjuresultatet att migranterna litar på vårdarna och det finländska systemet, vilket motsäger forskningen som Priebe m.fl. gjorde 2011. I intervjuresultatet framkom ändå att en del migranter kunde vara tveksamma till de finska rekommendationerna.

8.2 Hälsovårdarnas upplevelser av kulturella skillnader och kommunikation

Vårdaren hade en förståelse för de kulturella skillnaderna vid vården av migrantfamiljer. För att en god relation mellan vårdare och patient skulle uppstå tog vårdaren personens kultur och värderingar i beaktande, enligt litteraturstudiens resultat. (Lyberg m.fl. 2008; Degni m.fl. 2012; Samarasinghe m.fl. 2010). Campinha-Bacote's element kulturell färdighet går i linje med resultaten. Elementet betonar att vårdaren bör förstå de etiska principerna och varför de gör på ett annat sätt i en annan kultur. Även Grant och Luxford's forskning överensstämmer med resultatet (2011). I litteraturstudiens resultat framkom att olikheter inom kulturen och olika uppfattningar om t.ex. hälsa och kropp är viktigt att ta i beaktande (Akhavan 2012). Resultaten kan relateras till Newman Giger och Davidhizar's första fenomen kommunikation, som betonar att migranten ska uppmuntras att berätta vad hälsa är.

Många kulturella skillnader vid t.ex. barnuppfostran och matvanor nämndes av hälsovårdarna i litteraturstudien. Hälsovårdarna upplevde även att det var svårt att exempelvis få migranterna informerade om mat rekommendationer. Svårigheter att nå fram och förmedla viktig information till familjen (Berlin m.fl. 2008; Lyberg m.fl. 2008; Samarasinghe m.fl. 2010; Boerleider m.fl. 2013). Liknande resultat framkom i en studie av Festini m.fl. (2009). Familjehierarkin kunde också se olika ut i familjer med annat kulturellt påbrå, vilket framkom i intervjuerna. I många familjer var det mannen som var familjens överhuvud och styrde familjen. Resultatet kan relateras till Reynolds och Shams studie gjord 2005.

Tidsuppfattningen mellan olika kulturer kan skiljas åt markant. Det framkom i både intervjuerna och i litteraturstudien att vårdare upplevde att en del av mammorna inte kom i tid och inte följde instruktioner som getts. I litteraturstudiens resultatet framkom att hälsovårdare upplevde frustration när familjer inte dök upp. Förseningar till möten var ganska vanligt förekommande (Degni m.fl. 2012; Boerleider m.fl. 2013). Detta samstämmer med en studie gjord av Priebe m.fl. (2011). Dessa skillnader bekräftas av Newman Giger och Davidhizar's vårdmodell, där det framkommer att kulturer skiljer sig åt gällande tidsuppfattning, uttryckning av känslor och kroppskontakt. I en av litteraturstudiens forskning framkom ändå att kvinnorna efter en tid lärt sig att komma i tid till möten (Degni m.fl 2012).

Hälsovårdaren upplevde att den verbala kommunikationen medförde mest svårigheter och frustration i mötet. Det framkom även i litteraturstudien att vårdarna upplevde att det var svårt att prata med personer som hade ett annat språk som modersmål (Lyons m.fl. 2008; Degni m.fl. 2012; Lyberg m.fl. 2012; Boerleider m.fl. 2013). Upplevelsen av att kommunikationsproblem var det vanligaste hindret i mötet samstämmer med tidigare forskningar av Earner (2007), Reynolds och Shams (2005), Meddings och Haith-Cooper (2008), Priebe m.fl. (2011) och Parthab m.fl. (2013).

Intervjuresultatet visade att hälsovårdaren höll konversationen på en enkel nivå. Vårdarna kommunicerade ibland genom att prata riktigt långsamt (Lyons m.fl. 2008; Samarasinghe m.fl. 2010). Hälsovårdarna använde sig av kroppsspråket för att fylla i där det lämnade oklarheter. Många gånger ansåg de att den nonverbala kommunikationen var viktigast. I litteraturstudien framkom det även att vårdarna använde sig av kroppsspråk (Lyons m.fl. 2008; Samarasinghe m.fl. 2010; Lyberg m.fl. 2012; Boerleider m.fl. 2013). Användning av kroppsspråk kan relateras till tidigare forskningar av Reynolds och Shams (2005), Festini

m.fl. (2009) och Durham och Pollard (2010). Betydelsen av kroppsspråk i mötet överensstämmer med Campinha-Bacote's element kulturella möten. Resultatet går i linje med Newman Giger och Davidhizar's tillvägagångssätt. Vårdaren ska tala lugnt, tydligt och använda gester vid möten med personer ett annat språk.

En del hälsovårdare i intervjuresultatet visade att när missförstånd uppstått ville de vid nästa möte reda ut oklarheter med tolk på plats. Resultatet av Akhavan's studie (2012) visade att de tar extra kontakt vid missförstånd och även i studien av Boerleider m.fl. (2013) bokades extra tid vid dessa tillfällen. I litteraturstudien framkom även att studier av Jacobs m.fl. (2004), Earner (2007), Priebe m.fl. (2011), Parthab m.fl. (2013) däremot visade att när missuppfattningar fanns lämnade de ofta uppklarade. I tidigare forskningar av Garcia och Duckett (2009) och Gurman och Becker (2008) framkom det att huvudorsaken till att immigranter inte söker hälsovård var språkbarriärer, vilket inte framkom i vår studie. Tvärtom så visade intervjuresultatet att immigranterna var väldigt nöjda och litade till stor del på hälsovårdarna och de hade en bra relation. Detta framkom även i tidigare studier av Gurman och Becker (2008), Ozeki (2008), Hanson (2012), Wikberg m.fl. (2012), Igarashi m.fl. (2013) och Balaam m.fl. (2013).

I litteraturstudiens resultat kom det fram att det var viktigt med professionella tolkar och att tolkningen hade kvalitet (Lyons m.fl. 2008; Lyberg m.fl. 2012; Akhavan 2012). Trots att tolkningstjänster ansågs vara relativt lättillgängliga fanns det resultat i intervjuerna som visade att vårdare inte alltid valde att använda tolk. Ett problem som framkom var hälsovårdarens oro över om tolken översatte det som vårdaren faktiskt säger. Detta överensstämmer med en tidigare studie av Durham och Pollard (2010). Lättillgänglighet och god kvalitet på tolkningen kan relateras till Earner's (2007) och Priebe m.fl. (2011) tidigare forskningar. Användningen av tolk i konversationen samstämmer med Newman Giger och Davidhizars teoretiska modell om kommunikation.

I litteraturstudiens resultat framkom att vårdarna upplevde att det vid tolkning var opassande att använda någon annan än en professionell tolk. (Lyons m.fl. 2008; Samarasinghe m.fl. 2010; Boerleider m.fl. 2013). Intervjuresultatet visade också att familjemedlemmar och släktingar enbart användes enstaka gånger som tolk. Liknande resultat framkom i studier av Jacobs m.fl. (2004), Earner (2007), Priebe m.fl. (2011) och Parthab m.fl. (2013). I tidigare forskningar av Hanson (2012) och Gurman och Becker (2008) framkom däremot att migranterna själva kunde önska att vänner ska fungera som tolk ibland. Migranter var ändå nöjda med tolkningen när professionella tolkar användes.

En ständig oro över att tystnadsplikten mellan tolk och immigranten skulle brytas kom fram i litteraturstudiens resultatet (Lyons m.fl. 2008) och i intervjuresultatet framkom även delvis denna oro. Tidigare forskningar av Gurman och Becker (2008) och Hanson (2012) påminner om detta.

8.3 Behov av förbättring och hjälpmedel

Behov av mera kunskap framkom i intervjuresultatet. Hälsovårdarna visste att skolningar fanns, men deltagandet i skolningar varierade. Vissa ansåg att kursutbudet var bra medan andra tyckte att de hade begränsad möjlighet att delta. Enligt Campinha-Bacote's modell om kulturell kunskap behövs det ständigt ny kunskap och genom att vara engagerad och visa intresse för olika kulturer fås dessa element. I intervjuresultatet hade en del av vårdarna stort intresse, ville lära sig mera och läste på om kulturer själv. Andra var mindre intresserade av kunskap och några kommenterade att de enbart följde finländska systemet. För att bygga på kunskapen behövs kontinuerlig skolning och kunskap vilket betonas av Akhavan (2012) i litteraturstudiens resultat. Reynolds och Shams (2005), Festini m.fl. (2009) och Grant och Luxford's (2011) tidigare forskningar samstämmer med resultatet. Behovet av mera kunskap går i linje med Newman Giger och Davidhizar's riktlinje att vårdaren ska vara påläst om patientens kultur och vilka faktorer som kan påverka relationen.

I litteraturstudiens resultat framkom att det var svårt att bygga upp ett förtroende till patienter med annat språk än vårdaren (Lyons m.fl. 2008; Degni m.fl. 2012). Vårdarna ansåg att det var viktigt att skapa en trygg relation (Samarasinghe m.fl. 2010, 227). För att få förtroende var det viktigt att lyssna, interagera (Degni m.fl. 2012, 335) och ha ett öppet välkomnande möte (Berlin m.fl. 2008; Akhavan 2012). Flera återkommande kontakter med familjerna upplevdes som positivt för relationen (Berlin m.fl. 2008). Intervjuresultatet visade att många hälsovårdare upplevde att migranterna kände sig tacksamma, samt hade tillit och förtroende till hälsovårdaren.

Tidigare forskningar av Gurman och Becker (2008), Ozeki (2008), Hanson (2012), Wikberg m.fl. (2012), Igarashi m.fl. (2013) och Balaam m.fl. (2013) visade också att det som krävs för att få respekt och tillit är god kommunikation. En av Newman Giger och Davidhizar's riktlinjer för kommunikation är att en bra relation utvecklas genom att vara en god lyssnare. Det framkom i litteraturstudiens resultat att hälsovårdaren bör vara

nyfiken på främmande människor och länder, samt ha ett medkänsligt och humoristiskt sätt (Samarasinghe m.fl. 2010). Detta kan relateras till Newman Giger och Davidhizar's modell om kommunikation, att värme och humor förenar mötet.

Litteraturstudiens resultat visade att gruppaktiviteter var bra för att stöda migrantens sociala umgänge och för att bilda nätverk (Lyberg m.fl. 2008; Samarasinghe m.fl. 2010). I resultatet av intervjuerna framkom att föräldragrupper ordnas men att migranterna ofta är inaktiva. Hälsovårdarna upplevde att de inte hade tillräckligt med stödresurser för migranterna. Det framkom även i litteraturstudien att det inte finns resurser att ta itu med olika problem (Samarasinghe m.fl. 2010). Enligt tidigare studier av Ozeki (2008), Gurman och Becker (2008), Hanson (2012) borde mera föräldragrupper med olika teman ordnas. I tidigare forskning av Reynolds och Shams (2005) samt Durham och Pollard 2010 framkom det att det skulle vara bra om personalen hade kulturellt olika bakgrunder för att underlätta arbetet och för att lära sig av varandra. Liknande behov har i examensarbetets resultat enbart kommit fram i en forskning (Akhavan 2012).

Broschyrer och andra hjälpmedel såsom internet, filmklipp och videor ansågs vara användbara av hälsovårdarna. I intervjuretats resultat framkom också att vissa hälsovårdare använder även olika böcker som kunskapskälla. Broschyrer användes, men p.g.a. brist av broschyrer på olika språk användes de inte så flitigt. I litteraturstudiens resultat framkom det även att vårdarna använde broschyrer, olika hemsidor, filmer från internet och bilder (Boerleider m.fl. 2013). Användning av broschyrer samstämmer med tidigare forskningar av Reynolds och Shams (2005), Festini m.fl. (2009) och Durham och Pollard (2010). Användning av bilder för att förstå varandra kan relateras till Newman Giger och Davidhizar's tillvägagångssätt vid möten med personer ett annat språk. Några hälsovårdare hade problem med att hitta kunskap på internet enligt resultatet av intervjuerna. Några liknande resultat har inte hittats i tidigare forskningar. I tidigare forskning av Earner (2007) och Priebe m.fl. (2011) framkom det däremot att det finns behov av en handbok till vårdpersonalen som hjälp vid bemötande av familjer.

9 Kritisk granskning

Studien har kvalitetsgranskats med Larssons (1994) kriterier: intern logik, struktur och konsistens. Intern logik granskas i hela studien, strukturen och konsistensen granskas i resultaten. För att en studie ska vara vetenskaplig krävs det att den granskas genom kvalitetskriterier för att få fram om den håller standard.

9.1 Intern logik

Intern logik betonar en helhet, där varje del har ett samband till helheten och det ska finnas en harmoni mellan helhet och del. Irrelevanta delar ska lämnas bort ifall de inte har en koppling till helheten, det vill säga att varje enskild del ska ha en anknytning till frågeställningar och syfte. Larsson menar även att delarna ska stöda varandra. En röd tråd bör gå genom hela arbetet och forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik bör överensstämma. Intern logik är ett av de kriterier som är mest använda eftersom det inte krävs sakkunskap gällande innehållet. (1994, 168-172)

Helheten och delarna i examensarbetet överensstämmer med varandra trots examensarbetets storlek. En röd tråd syns i arbetet. Grundidén, det vill säga frågeställningarna och syftet har tagits i beaktande genom hela arbetet och delarna går även i samklang med varandra. Svårigheter att se logiken i helheten kan bero på att arbetet omfattar många delar. Speciellt kapitlet med tidigare forskning kan urskiljas på grund av omfattning och indelning. Onödiga delar och oväsentlig information har försökts sorteras bort.

9.2 Struktur

Strukturen i kvalitativ granskning är enligt Larsson den röda tråden som flyter genom resultatdelen. Strukturen ska vara uppbyggd så det viktigaste kan ses direkt och vilka de mindre relevanta resultaten är. Att få strukturen att framkomma som enkel och framträdande som möjligt är målet (1994, 173-175). Resultatets röda tråd ses, eftersom frågeställningarna framträder i de tre huvudrubrikerna. Längden bidrar till att strukturen inte är så enkel beroende på att resultatet innefattar både litteraturstudie och intervjuer. Strukturen förtydligas genom att resultatet är uppbyggd av kategorier. Citat har tagits fram för att lyfta de resultatdelar som anses vara viktiga.

9.3 Konsistens

Konsistens är ett validitetskriterium hos resultatet. Enligt Larsson handlar det om ett samspel mellan del och helhet. Delarna (olika data) bygger upp helhetens (tolkningens) innebörd. Tolkningen förändras vartefter nya detaljer kommer fram. En tolkning har hög kvalitet om det finns få motsägelser mellan de enskilda delarna och helheten. Ifall underlaget och tolkningen inte stämmer överens, d.v.s. om faktaunderlaget motsäger tolkningen, blir tolkningen tvivelaktig. I dessa fall finns det kanske ett annat sätt att tolka för att få ett bättre sammanhang. I tolkningen är det enligt Larsson omöjligt att undvika att vissa omständigheter lämnas bort som inte passar in i helheten. (1994, 183-185).

I examensarbetet har allt datamaterial försökt beaktas. Delar eller detaljer av datan har ibland lämnats bort om de inte haft betydelse för studien och frågeställningarna. Exempelvis har resultatet som beskriver läkarnas upplevelser i forskningen av Degni m.fl. (2012) inte alls beaktats, eftersom vår studie behandlar de andra vårdarnas upplevelser. Ifråga om intervjumaterialet har många beskrivningar på kulturer, religioner och livsöden lämnats bort. Vissa omständigheter lämnas även omedvetet bort eftersom det insamlade materialet är stort. Detaljer har lagts till i resultatet under arbetets gång.

10 Diskussion

Syftet med studien var att beskriva mötet på mödra- och barnrådgivningen med familjer av annan kultur än hälsovårdaren ur hälsovårdarnas perspektiv. Idén var från början att ta reda på vilka kommunikationssvårigheter vi kan stöta på i arbetet. Fokuseringen på svårigheterna upplevdes negativt. Under arbetets gång valde vi därför att utgå från mötet för att vår positiva inställning skulle framkomma. Tidsplanen som gjordes i planeringsskedet följdes till en början. Planen var att skicka ut informationsbrev i mars och genomföra intervjuerna i april. I praktiken sändes breven ut i slutet av april och i början av maj. Mycket tid spenderades på kapitlet tidigare forskning eftersom forskningarna även sammanfattades. Fördröjningen bidrog till att svaren på förfrågningarna kom in sent. I en del fall var en bidragande orsak till fördröjningen också semestertider.

Vi upplevde att frågan gällande vad som kunde finnas med i utvecklingsarbetets guide var otydlig och krävde mera betänketid av hälsovårdarna. För att helt uppnå syftet med examensarbetets tredje frågeställning borde frågan ha sänts ut på förhand för att hälsovårdarna skulle ha kunnat ge ett genomtänkt svar. Frågan kunde även ha formulerats tydligare. I litteraturstudien fann vi svårigheter med att hitta korrekta artiklar gällande barnrådgivningen, de flesta valda artiklarna berör mödrarådgivningen. Vi anser att frågeställningarna blivit besvarade. Styrkan med intervjuguiden var att den byggdes upp av tidigare forskning som berör upplevelser av både immigranter och vårdpersonal. Detta bidrog till att intervjuguiden täckte många områden kring ämnet. En annan styrka är att datainsamlingsmetoderna bidrog till en stor mängd data, vilket leder till att resultatet är relativt trovärdigt.

Vårdarnas upplevelser av mötet var varierande, både positiva och negativa. Hälsovårdarna upplever att migranterna har tillit och förtroende till dem, men det kräver mera att bygga upp förtroendet. Kunskapsnivån bland migranterna anser hälsovårdarna vara varierande. Vårdarna upplever många olika kulturella skillnader, vilket de hanterar på olika sätt. Det största hindret är språkbarriärer, som upplevs frustrerande och svårt att nå fram. Den nonverbala kommunikationen anses då vara viktig. Mötet kunde förbättras genom veta hur olika hjälpmedel hittas, kunskap, ödmjukhet och mera stödresurser. Resultatet motsvarar till stor del tidigare forskning och studien förstärker därför tidigare forskning. Någon ny kunskap bidrar egentligen studien inte till.

Vi har genom studien fått en bättre förståelse för mötet och tröskeln till möten med personer med annan kultur och språk har sänkts. Genomförandet av examensarbetet har lärt oss hur en studie byggs upp. Våra färdigheter i att söka relevant bakgrundslitteratur, vetenskapliga artiklar och hur datainsamling genomförs i praktiken har ökat. Genom att arbeta i grupp en längre tid har vi utvecklats i förmågan att samarbeta och kompromissa. Intervjuer med migranter kunde göras som vidare studie för att inte enbart hälsovårdarnas synvinklar och behov ska framkomma. Vidare studier kring behovet av hjälpmedel behövs eftersom vi anser att examensarbetets svar inte är helt fullständigt. I vårt utvecklingsarbete kommer vi att fokusera på att sammanställa var tillgängligt material och hjälpmedel kan hittas.

Källförteckning

- Abushaikha, L. & Massah, R. (2012). The role of the Father during Childbirth: the lived Experiences of Arab Syrian Parents. *Health care for Women International*, 33(2), 168-181.
- Akhavan, S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 47-56.
- Alvesson, M. (2011). *Intervjuer*. Malmö: Liber.
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. Ingår i: M.Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Balaam, M-C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A-M., Ensel, A., Gouni, O. & Severinsson, E. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (9), 1919-1930.
- Berlin, A., Hylander, I. & Törnkvist, L. (2008). Primary Child Health Care Nurses' assessment of health risks in children of foreign origin and their parents – a theoretical model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22 (1), 118-127.
- Boerleider, A.W., Francke, A.L., Manniën, J., Wiegers, T.A. & Devillé, W.L.J.M. (2013). "A mixture of positive and negative feelings": A qualitative study of primary care midwives' experiences with non-western clients living in the Netherlands. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (12), 1658-1666.
- Bäärnhielm, S. (2007). Möten i den mångkulturella vården. Ingår i : B. Fossum (red). *Kommunikation Samtal och bemötande i vården*. Hungary: Studentlitteratur.
- Campinha-Bacote, J. (2003). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare service. A Culturally competent model of care*. Wyoming, Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Carlström, S., Käld, J. & Nygård, S. (2012). *Kulturell kompetens på mödrarådgivningen – En empirisk studie över hälsovårdarnas och barnmorskornas kulturella kompetens*. Opublicerad avhandling för examen. Vasa: Novia

Dahlkwist, M. (2012). *Kommunikation*. Stockholm: Liber.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. Ingår i: M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Poland: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Poland: Studentlitteratur.

Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 14(2), 330-343.

Denscombe, M. (2009). *Forsknings handboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Durham, K. & Pollard, D. (2010). Experiences of certified nurse midwives in providing culturally competent care for Hispanic women. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 10 (1).

Earnar, I. (2007). Immigrant families and public child welfare: barriers to services and approaches for change. *Child Welfare*, 86 (4), 63-91.

Entrena, E. (2007). Att kommunicera med hjälp av tolk. Ingår i : B. Fossum (red). *Kommunikation Samtal och bemötande i vården*. Hungary: Studentlitteratur

Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C. & Neri, S. (2009). Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 220–227.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Forskningsetiska delegationen. (2009). *Etikprövning inom humanvetenskaperna*.

www.tenk.fi (hämtat 2.1.2014).

- Garcia, C.M. & Duckett, L. (2009). No te entiendo y tú no me entiendes: language barriers among immigrant Latino adolescents seeking health care. *Journal of cultural diversity*, 16 (3), 120-126.
- Grant, J. & Luxford, Y. (2011). 'Culture it's a big term isn't it'? An analysis of child and family health nurses' understandings of culture and intercultural communication. *Health Sociology Review*, 20 (1), 16-27.
- Gurman, T.A. & Becker, D. (2008). Factors affecting Latina immigrants' perceptions of maternal health care: findings from a qualitative study. *Health care for women international*, 29 (5), 507-526.
- Hanson, J. D. (2012). Understanding Prenatal Health Care for American Indian Women in a Northern Plains Tribe. *Journal of Transcultural Nursing*, 23 (1), 29-37.
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Poland: Studentlitteratur.
- Herlitz, G. (2010). *Kulturgrammatik – hur du ökar din förmåga att umgås över gränserna*. Malmö: Liber AB.
- Hill, N., Hunt, E. & Hyrkäs, K. (2012). Somali Immigrant Women's Health Care Experiences and Beliefs Regarding Pregnancy and Birth in the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 23 (1), 72-81.
- Igarashi, Y., Horiuchi, S. & Porter, S. (2013). Immigrants' Experiences of Maternity Care in Japan. *Journal of Community Health*, 38 (4), 781-790.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). (2013). *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Handbok 29. Tampere: Thl - Institutet för hälsa och välfärd.
- Koski, P. (toim.). (2007). *Monikulttuurinen perhevalmennus*. Helsinki: Edita Prima.
- Lastensuojelu. (u.å.). *Familj i Finland*.
<http://www.lastensuojelu.info/se/familj.html> (hämtat 7.1.2014).
- Lyberg, A., Viken, B., Haruna, M. & Severinsson, E. (2012). Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *Journal of Nursing Management*, 20 (2), 287-295.
- Lyons, S.M., O'Keeffe, F.M., Clarke, A.T. & Staines, A. (2008). Cultural diversity in the Dublin maternity services: the experiences of maternity service providers when caring for

ethnic minority women. *Ethnicity & Health*, 13 (3), 261-276.

Meddings, F. & Haith-Cooper, M. (2008). Culture and Communication in ethically appropriate care. *Nursing ethics*, 15(1), 52-61.

Muños, C. & Luckmann, J. (2005). *Transcultural communication in nursing*. USA: Thomson Delmar Learning.

Newman Giger, J. & Davidhizar, R.E. (2008). *Transcultural nursing*. USA: Mosby Elsevier.

Nilsson, B. & Waldemarson, A-K. (2007). *Kommunikation - samspel mellan människor*. Poland: Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Ozeki, N. (2008). Transcultural Stress Factors of Japanese Mothers Living in the United Kingdom. *Journal Transculture of Nursing*, 19 (1), 47-54.

Paananen, U-K., Pietäläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.). (2006). *Kätilötyö*. Tampere: Edita Publishing.

Parthab, T.S., Nicolle, C. & Maguire, M. (2013). Cross-cultural communication barriers in health care. *Nursing Standard*, 27 (3), 35-43.

Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund. Studentlitteratur.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ionnidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkadden, M., Lorant, V., Riera, R.P., Sarvay, A., Soares, J., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11 (1), 187-198.

Reynolds, F. & Shams, M. (2005). Views on cultural barriers to caring for South Asian women. *British Journal of Midwifery*, 13 (4), 236-42.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. Ingår i: M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Poland: Studentlitteratur.

Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review*, 57 (2), 224-231.

Santesson, C. (2009). Mödrahälsovård. Ingår i: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (red.), *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Social och hälsovårdsministeriet (2005). *Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen*. Helsingfors.

Statistikcentralen. (2014a). *Tabellbilaga 1. Befolkningen efter språk 1980–2013*. http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2013/vaerak_2013_2014-03-21_tau_001_sv.html (hämtat 11.10.2014).

Statistikcentralen. (2014b). *Andelen personer med främmande språk som modersmål 90 procent av befolkningsökningen år 2013*. http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2013/vaerak_2013_2014-03-21_tie_001_sv.html (hämtat 11.10.2014).

Statistikcentralen. (2014c). *Finskt medborgarskap till 8 930 utländska medborgare*. http://www.stat.fi/til/kans/2013/kans_2013_2014-05-14_tie_001_sv.html (hämtat 11.10.2014).

THL. (2013). *Antalet hälsokontroller vid mödrarådgivningarna minskar, extra besök erbjuds efter behov*. Institutet för hälsa och välfärd. <http://www.thl.fi/doc/sv/34411> (hämtat 7.2.2014).

Transcultural C.A.R.E. (2012). <http://www.transculturalcare.net> (hämtat 1.12.2013)

Vo, T. (2010). Maahanmuuttajaäidit neuvolan asiakkaina. *Kätilölehti*, 115(2), 12-14.

Wikberg, A., Eriksson, K. & Bondas, T. (2012). Intercultural Caring From the Perspectives of Immigrant New Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41 (5), 638-649.

Bilaga 1

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Antal valda
EBSCO (CINAHL, CINAHL with full text)	8.3.2014	minority AND maternity AND communication	8	1
EBSCO (Academic Search Elite, CINAHL with full text)	12.2.2014 och 14.8.2014	cultural AND midwife AND communication	39	4
	10.8.2014	immigrants AND professional-family relations	50	2

Bilaga 2

Författare, årtal, tidsskrift	Syfte	Metod	Resultat
1. Akhavan, S. (2012). <i>International Journal for Equity in Health</i> .	Undersöka barnmorskors synpunkter på vilka faktorer som bidrar till ojämlikhet i hälsovården bland immigranter.	Semistrukturerade intervjuer med tio barnmorskor i Sverige. Innehållsanalys.	Barnmorskornas syn på faktorer framställdes i tre huvudkategorier med flera underkategorier. Kommunikation indelat i <i>mötet, kulturell mångfald och språkbarriärer</i> och <i>tillit och förtroende</i> . Potentiella barriärer för användning av hälsovårdsservicen indelat i <i>söker hälsovård och erhållande av jämlik behandling</i> . Transkulturell hälsovård indelat i <i>utbildning av transkulturell hälsovård</i> och <i>begreppet</i> .
2. Degni, F., Suominen, S., Essén, B., Ansari, W. E. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). <i>Journal of Immigrant Minority Health</i> .	Syftet var att utforska läkares, sjukskötares och barnmorskors kommunikation när de ger reproduktiv vård och mödravård åt somaliska kvinnor.	Fyra individuella intervjuer och tre fokusgruppintervjuer med tio gynekologer/obstetiker och 15 sjuksköterskor/barnmorskor från fem utvalda sjukhus i Finland. Kvalitativ innehållsanalys.	Problem som vårdarna upplevde var kommunikation inklusive språkliga svårigheter, kulturella traditioner och religiösa övertygelser . Förutom kommunikations- och kulturella problem fanns en ömsesidig förståelse mellan hälsovårdsprofessionen och de somaliska kvinnorna. Resultatet indelades i läkarnas förhållande med somaliska kvinnor, sjukskötarnas/barnmorskornas förhållande med somaliska kvinnor och läkarnas i jämförelse med sjukskötarnas/barnmorskornas uppfattningar om kvinnornas kulturella attityder till reproduktiv hälsovård.
3. Lyberg, A., Viken, B., Haruna, M. & Severinsson, E. (2012). <i>Journal of Nursing Management</i> .	Syftet var att belysa barnmorskors och hälsovårdares uppfattning av att hantera och stöda prenatala och postnatala migrantkvinnor.	Flerstegs fokusgruppintervjuer med fem barnmorskor och en hälsovårdare från fem olika kommuner i Norge. Kvalitativ innehållsanalys.	Det övergripande temat var att hantera och stöda utbildnings-, relations- och kulturell mångfald i mödravården . Resultatet indelades i två teman: hälsoutmaningar med underkategorier som t.ex. <i>olika uppfattningar av stöd och mångfald i utbildning och kunskap</i> och kulturella utmaningar med underkategorier som t.ex. <i>språkliga barriärer och inkonsekvent användning och kvalitet av tolkningstjänsterna</i> . Resultatet visade även att norsk mödravård inte var anpassad för migrantkvinnornas behov, utan hanteringen var densamma för alla som utnyttjade servicen.

4. Lyons, S.M., O'Keeffe, F.M., Clarke, A.T. & Staines, A. (2008). <i>Ethnicity & Health</i> .	Syftet var att utforska upplevelserna, förståelserna och perspektiven av de som erbjuder mödravård åt kvinnor av etniska minoriteter i Dublin.	Fem fokusgrupper med barnmorskor och sjuksköterskor (sammanlagt 27 st) på mödravården, bb och förlossningsavdelningen och 15 semistrukturerade intervjuer med obstetrikare och andra i Irland. Data insamlades under 1 år. Grounded Theory.	Fyra teman framkom: Kommunikationssvårigheter, kunskap och användning av servicen, kulturella skillnader och 'vi och de'. Dessa omfattade olika problem eller frågor såsom ojämlikhet ifråga om tolkningstjänster, hantering av förlossning, amning och rasism. Kvinnor från etniska minoriteter förväntades anpassa sig enligt systemet snarare än att mödravården ska anpassa sig enligt den nya multikulturella populationen.
5. Berlin, A., Hylander, I. & Törnkvist, L. (2008). <i>Nordic College of Cairng Science</i> .	Syftet var att få en teoretisk förklaring av grundproblemen vid interaktion med barn och föräldrar av utländskt ursprung, som det upplevs av barnhälsovårdarna.	Djupgående intervjuer med 15 vårdare inom barnhälsovården i Stockholm, Sverige. Grounded theory.	Hälsovårdarnas främsta bekymmer var en upplevd oro över att missa barn som var utsatta för hälsoriskfaktorer som var orsakade av olika förhållande i barnens omgivning. Vissa psykosociala omständigheter var svåra att fastställa eftersom de var obekanta för hälsovårdarna. Hälsovårdarna försökte fastställa om omständigheter i hemmiljön utgjorde en hälsorisk för barnet eller inte, när de var oroad för barnets hälsa. Strategier utarbetades av hälsovårdarna för att lära sig och förstå mer om barnet och dess omgivning. När hälsovårdaren kände till barnets omständigheter upplevdes inte så mycket osäkerhet.
6. Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B. (2010). <i>International Nursing Review</i> .	Syftet var att beskriva svenska hälsovårdares föreställning av hälsofrämjandet för ofrivilligt migrerade familjer i kulturell förändring.	Intervjuer med 34 hälsovårdare från hela sektorn för primärhälsovården i två kommuner i södra Sverige. Kvalitativ design med fenomenografisk ansats.	Tre olika kategorier framkom som sammanfattade karaktärerna av hälsovårdarnas hälsopromotion: en etnocentrisk närmelse för att främja fysiska hälsan, en empatisk närmelse för att förebygga mentala hälsan i familjesammanhang och en holistisk närmelse för att stöda familjen att fungera bra i vardagen.
7. Boerleider, A. W., Francje, A.L., Manniën, J., Wiegers, T.A. & Devillé, W.L.J.M. (2013). <i>International Journal of Nursing Studies</i> .	Syftet var att utforska barnmorskors upplevelser med icke-västerländska klienter i primärhälsovården i Nederländerna.	Individuella intervjuer med 13 barnmorskor, varav åtta även deltog i en fokusgruppintervju i Nederländerna. Kvalitativ design, tematisk analys.	Barnmorskorna upplevde mångfalden som både intressant och svårt. Vården var krävande, men ändå givande. En mängd olika svårigheter upplevdes såsom kommunikationsproblem, icke-optimal kunskap om hälsa, brist av kunskap om mödravårdssystemet, socioekonomiska problem, press från mammans familj och att de icke-västerländska kvinnorna starkt föredrog läkare. Barnmorskorna hade ändå som mål att ge optimal vård.

Semistrukturerad intervju/intervjuguide

1. Kan du berätta om hur lång arbetserfarenhet du har och hur ofta du möter familjer med annan kultur och språk.
 - Från vilka länder kommer familjerna främst?
 - Vilka språk är vanligt förekommande?
 - Finns det statistik över från vilka länder eller språk familjerna har som kommer hit?
2. Berätta för mig hur ett möte med en familj med annan kultur och annat språk än dig kan se ut?
 - Hur upplevs mötena?
 - Vilka kommunikationssvårigheter upplever ni?
 - Hur upplever ni att de kulturella skillnaderna påverkar mötet? (Undersökningar, amning, barnskötsel, matvanor, olika smärtupplevelser).
 - Vilka känslor uppstår?
 - Hur upplever ni att immigranternas sociala nätverk och stöd fungerar? (isolering, rdg)
3. Hur fungerar tolkningstjänsterna hos er?
 - Är tolkarna lättillgängliga?
 - Förekommer det att barn eller släktingar fungerar som tolk?
 - Förekommer det att familjer uteblir från bestämda möten? (Tid, språk)
4. Vilka andra hjälpmedel finns här på rådgivningen vid arbetet med familjer med annan kultur än er?
 - Har ni t.ex. guider som innehåller korta fraser, bra att tänka på o.s.v. eller broschyrer, filmer, bildspel på olika språk? Har ni fått skolning för kulturella möten?
5. Vi har som utvecklingsarbete tänkt göra en guide som kan användas som stöd i rådgivningsarbetet med familjer av annan kultur och undrar därför vad som kunde finnas med i guiden:
 - Vad kunde förbättras här på rådgivningen med tanke på arbetet med familjer av annan kultur?
 - Vilken kunskap behövs i arbetet?
 - Vilka hjälpmedel saknas ännu i arbetet?

Bilaga 4

Cecilia Nyman

Anhållan

Charlotta Vikman

Vasa

Sara Wiklund

29.4.2014

Hälsovårdarstuderande

Bästa ledande Översköterska!

Vi är tre hälsovårdarstuderande som studerar vid Yrkeshögskolan Novia. Till utbildningen hör ett examensarbete för sjukskötarexamen.

Syftet med studien är att beskriva hur mötet med familjer av annan kultur och språk än hälsovårdaren/barnmorskan på mödra- och barnrådgivningen upplevs. Examensarbetet är ett beställningsarbete av hälsovårdscentralerna i en kommun i Österbotten. Vi anhåller vänligen om att få genomföra intervjuer med hälsovårdare/barnmorskor på barn- och mödrarådgivningen i Er kommun. Vi kommer att använda oss av semistrukturerade intervjuer och önskar att så många som möjligt kan delta.

Vi kommer att genomföra intervjuerna maj-augusti. Materialet som erhålls genom intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt och anonymitet garanteras. Resultatet kommer att analyseras, sammanställas och redovisas under hösten 2014.

Vid oklarheter och frågor ber vi Er vänligen att kontakta oss.

Med vänliga hälsningar!

Vår ledande handledare är Marie Hjortell, Yrkeshögskolan Novia. marie.hjortell@novia.fi

Cecilia Nyman

Charlotta Vikman

Sara Wiklund

cecilia.nyman@novia.fi

charlotta.vikman@novia.fi

sara.wiklund@novia.fi

Anhållan godkänns_____

Ort och datum_____

Ledande översköterska_____

Bilaga 5

Cecilia Nyman

Informationsbrev

Charlotta Vikman

Vasa

Sara Wiklund

29.4.14

Hälsovårdarstuderande

Bästa Hälsovårdare/ Barnmorska!

Vi är tre hälsovårdarstuderande vid Yrkeshögskolan Novia. Till utbildningen hör att skriva ett examensarbete för sjukskötarexamen och studien beräknas bli färdig hösten 2014. Studien är ett beställningsarbete från hälsovårdscentralerna i en kommun i Österbotten. Syftet med vår studie är att beskriva hur mötet med familjer av annan kultur och språk än hälsovårdaren/barnmorskan på mödra- och barnrådgivningen upplevs runtom i svenskösterbotten.

Intervjuerna kommer att ske i svenskösterbotten med Hälsovårdare och Barnmorskor på barn- och mödrarådgivningar och vi önskar att Ni vill delta i vår intervju. Intervjun är frivillig och allt material kommer att behandlas konfidentiellt så Ni förblir anonyma. Resultatet kommer att analyseras sammanställas och presenteras under hösten 2014.

Om frågor förekommer kring intervjun eller examensarbetet ber vi Er vänligen kontakta oss för närmare information.

Vår handledande lärare är:

Marie Hjortell

marie.hjortell@novia.fi

Tack på förhand!

Cecilia Nyman

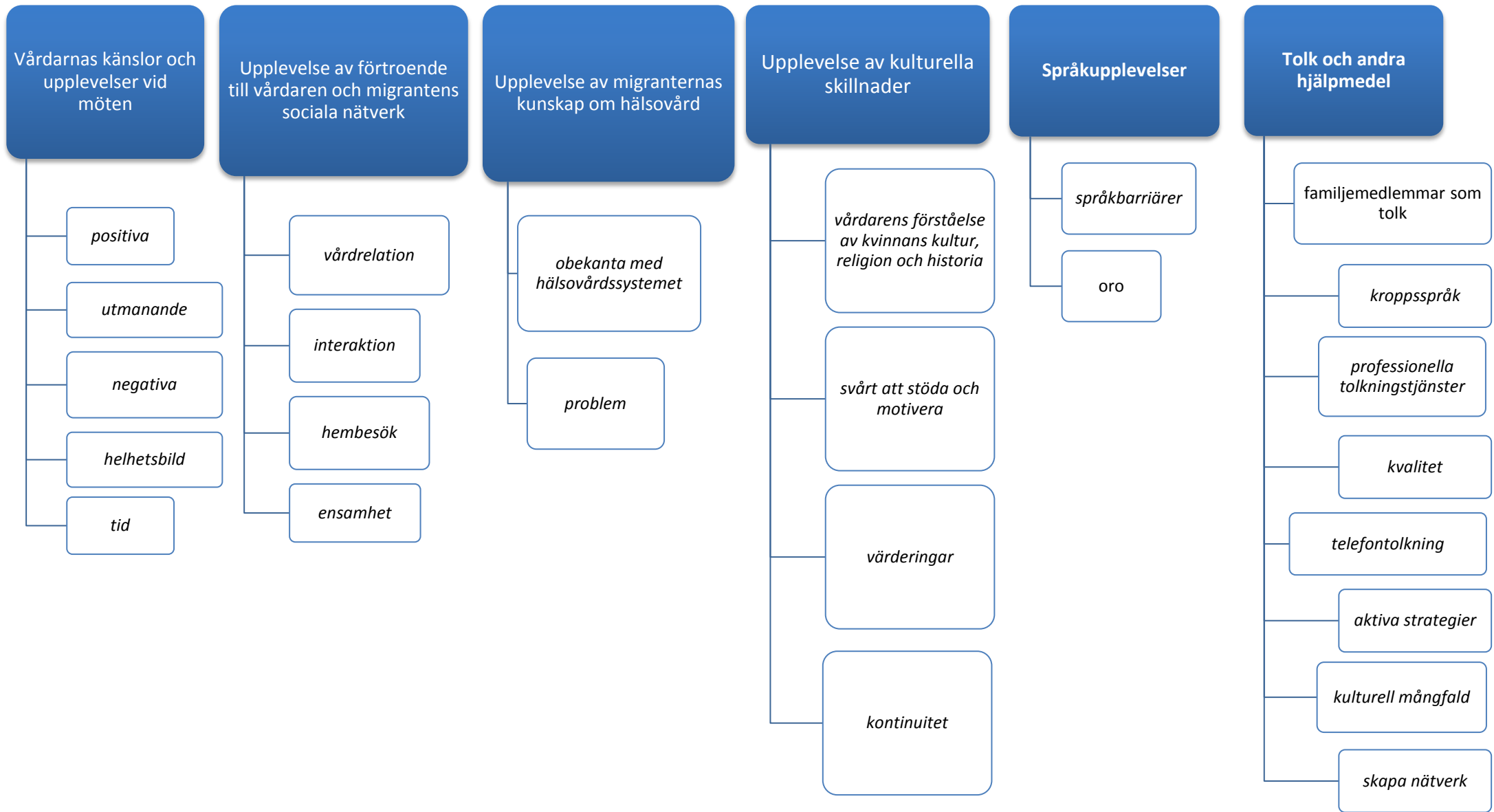
cecilia.nyman@novia.fi

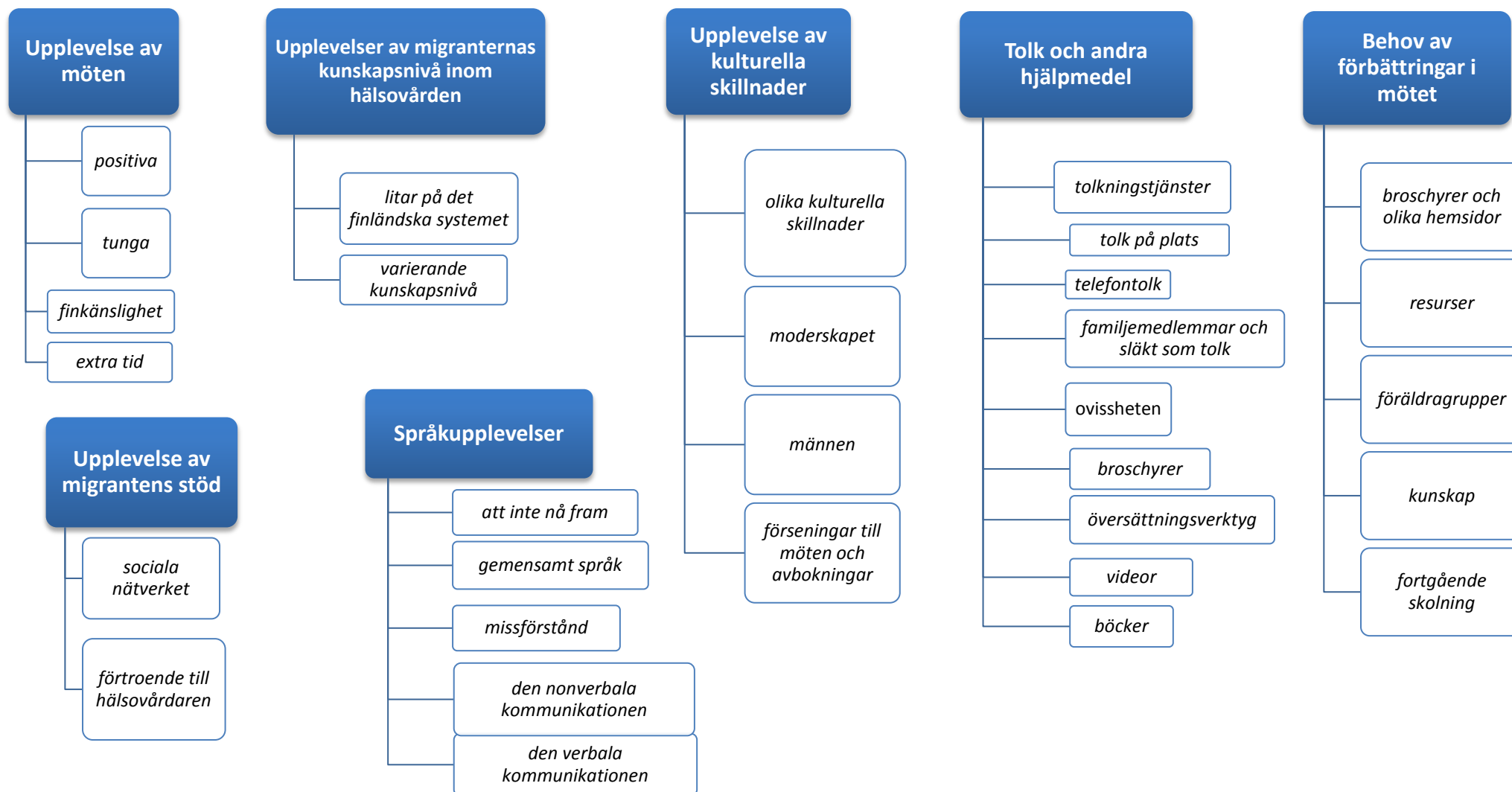
Charlotta Vikman

charlotta.vikman@novia.fi

Sara Wiklund

sara.wiklund@novia.fi





Utvecklingsarbete:

Att mötas

- **ett informationshäfte för hälsovårdaren vid
mångkulturella möten på rådgivningen**

Cecilia Nyman

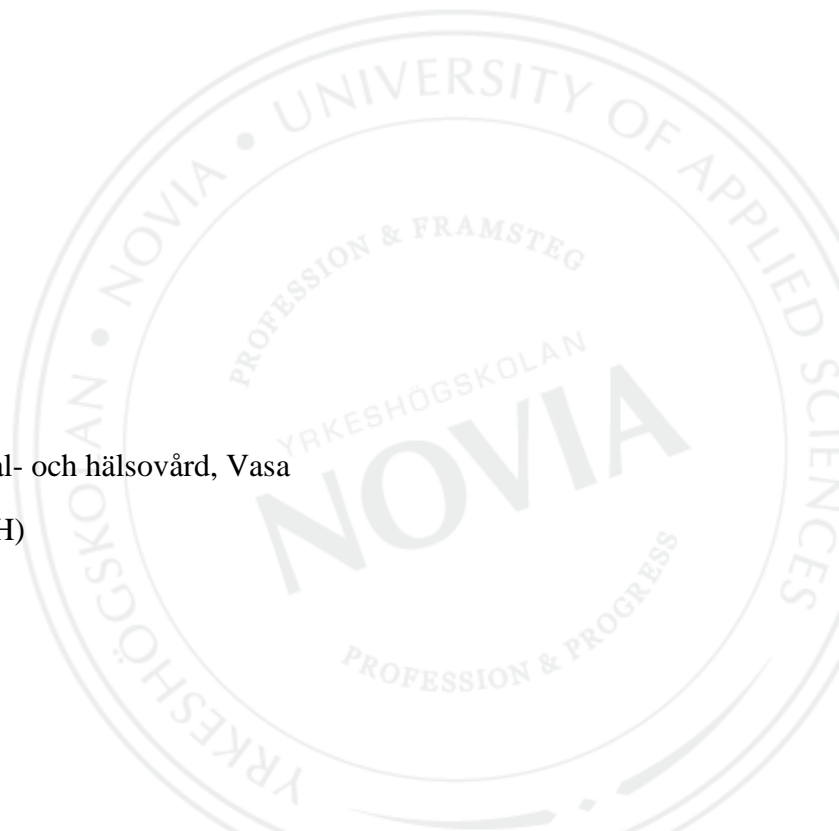
Charlotta Vikman

Sara Wiklund

Utvecklingsarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa våren 2015



Utvecklingsarbete

Författare: Cecilia Nyman, Charlotta Vikman och Sara Wiklund

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Att mötas - ett informationshäfte för hälsovårdaren vid
mångkulturella möten på rådgivningen

Datum: April 2015

Sidantal: 12

Bilagor: 2

Abstrakt

Syftet med utvecklingsarbetet är att informera hälsovårdarna på mödra- och barnrådgivningen om tillgängligt material och källor på olika språk som kan användas vid mötet med familjer med annan kulturell och språklig bakgrund. Syftet är även att inspirera hälsovårdarna till att använda material och läsa in sig på olika kulturer före ett möte. Ett informationshäfte har utformats som underlag för hälsovårdaren vid mångkulturella möten på mödra- och barnrådgivningen. Informationen i häftet baseras på examensarbetet, nya vetenskapliga artiklar samt olika hemsidor. I examensarbetets resultat framkom att det var svårt att hitta tillgängligt material och därför fanns ett behov av ett informationshäfte. De intervjuade hälsovårdarnas önskemål om informationshäftets innehåll har tagits i beaktande.

Språk: Svenska

Nyckelord: mångkulturella möten, språk, kultur,
barnrådgivning, mödrarådgivning, hälsoundersökningar

Kehitystyö

Tekijät: Cecilia Nyman, Charlotta Vikman, Sara Wiklund

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Terveystieteiden ja -hoito, Vaasa

Ohjaaja: Marie Hjortell

Nimike: Kohtaaminen - tiedotuslehtinen terveydenhoitajan
apuvälineenä neuvolan monikulttuurisissa
potilastapaamisissa

Päivämäärä: Huhtikuu 2015

Sivut: 12

Liitteet: 2

Tiivistelmä

Tämän kehitystyön tavoitteena on informoida äitiys- ja lastenneuvoloissa työskenteleviä terveydenhoitajia saatavilla olevista erikielisistä aineistoista, joita he voivat käyttää apunaan kohdatessaan ulkomaalaistaustaisia perheitä. Kehitystyön tavoitteena on myös innoittaa terveydenhoitajia opiskelemaan ja tutustumaan eri kulttuureihin sekä käyttämään erikielisiä aineistoja apunaan potilaskohtaamisissa. Kehitystyön yhteydessä olemme kehittäneet tiedotuslehtisen, jonka tarkoituksena on toimia terveydenhoitajien apuna monikulttuurisissa potilaskohtaamisissa äitiys- ja lastenneuvolassa. Tiedotuslehtinen perustuu opinnäytetyöhön, uusiin tieteellisiin artikkeleihin sekä eri internetsivustojen tietoihin. Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että helposti saatavia aineistoja on vaikea löytää, joten tiedotuslehtiselle oli tarvetta. Haastateltujen terveydenhoitajien toiveet on myös otettu huomioon lehtistä koottaessa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: monikulttuurinen kohtaaminen, kieli, kulttuuri,
äitiysneuvola, lastenneuvola, terveystarkastukset

Development project

Author: Cecilia Nyman, Charlotta Vikman and Sara Wiklund

Education and place: Public Health Nurse, Vasa

Supervisor: Marie Hjortell

Title How to have a meeting – an information booklet for Public Health nurses when arranging multi-cultural counseling

Date: April 2015

Number of pages: 12

Appendices: 2

Abstract

The aim for the development project is to inform the Public Health nurses on mother and child health care clinics about available material and sources in different languages that can be used in the encounters with families with different culture and language. The aim is also to inspire the Public Health nurses to use material that is available and to read about different cultures to prepare for an encounter. An information booklet has been designed as a supporting tool for the Public Health Nurse in the multicultural encounters in mother- and child health care clinics. The information in the booklet is based on our thesis, recent researches and different Web pages. In the conclusion of the thesis it proved hard to find available materials and an information booklet was desired. The Nurses requests on the contents of the booklet have been taken in consideration.

Language: Swedish

Key words: multicultural encounter, language, culture, maternity health care, child health care, examination

Innehållsförteckning

Abstrakt

Tiivistelmä

Abstract

1	Inledning.....	1
2	Syfte.....	1
3	Artiklar gällande valda teman i informationshäftet.....	2
3.1	Kulturellt bemötande	2
3.2	Kost och amning.....	3
3.3	Motion	5
3.4	Fosterscreening.....	5
3.5	Graviditetsdiabetes och diabetes hos barn.....	6
4	Metod- och processbeskrivning.....	7
4.1	Behov av produkten.....	7
4.2	Planering av produkten.....	7
4.3	Framställning av produkten	9
5	Kritisk granskning och diskussion.....	11
	Källförteckning.....	13
	Bilaga 1.....	
	Bilaga 2.....	

1 Inledning

Möten med familjer med annan kulturell och språklig bakgrund än hälsovårdaren blir allt vanligare på rådgivningarna. Många hälsovårdare på barn- och mödrarådgivningen möter sådana familjer nästan dagligen i sitt arbete. Utvecklingsarbetet har sin utgångspunkt i examensarbetet *Mötet mellan mödra- och barnrådgivningen och familjer med annan kultur och annat språk*. (Nyman, Vikman & Wiklund 2014). Examensarbetets resultat samlades in genom både intervjuer med sexton hälsovårdare och barnmorskor i svenska Österbotten och en litteraturstudie.

Resultaten som framkom var att möten med familjer med annan kultur och språk upplevdes både positivt och negativt. Många kulturella skillnader upplevdes och det krävs mycket för att familjerna ska bygga upp ett förtroende till hälsovårdaren. Den nonverbala kommunikationen är viktig och det största problemet ansågs vara språkbarriärer. Det som kunde förbättras i mötet för hälsovårdarnas del var mer kunskap, stödresurser, ödmjukhet, samt att få en större kunskap om hur de kan hitta olika hjälpmedel. (Nyman, Vikman & Wiklund, 2014)

I studien ansåg hälsovårdarna vid förfrågan att det behövs mer kunskap om var diverse hjälpmedel kan hittas. Ett informationshäfte görs som utvecklingsarbete med tillgänglig information som kan användas på mödra- och barnrådgivningen. Information, länkar till källor och material på olika språk, som hälsovårdaren kan ha användning av i arbetet sammanställs i ett informationshäfte.

2 Syfte

Syftet med utvecklingsarbetet är att informera hälsovårdarna på mödra- och barnrådgivningen om tillgängligt material och källor på olika språk som kan användas vid mötet med familjer med annan kultur och språk. Syftet är även att inspirera hälsovårdarna till att använda material och läsa på om olika kulturer före ett möte. För att uppnå syftet utformas ett informationshäfte med sammanställt material. Informationshäftet finns som bilaga 2.

3 Artiklar gällande valda teman i informationshäftet

Vetenskapliga artiklar fungerar som bakgrundsmaterial till informationshäftet. Teman som valdes till informationshäftet var: tolk, kulturellt bemötande, psykisk ohälsa, kvinnlig omskärelse, hälsoundersökning på mödra- och barnrådgivningen, kost, amning, motion, fosterscreening, diabetes och olika sjukdomar. Tolk och bemötande hör till grunden vid kommunikation med personer från andra kulturer, psykisk ohälsa kan även påverka en person starkt. Hälsoundersökningar på mödra- och barnrådgivningen valdes som en rubrik där mycket finns samlat som kan vara användbart i det dagliga rådgivningsarbetet. Flera hälsovårdare önskade mer information om kost, amning och motion och därför fungerar dessa ämnen som skilda teman i informationshäftet. Det framkom även önskemål om material kring fosterscreening och diabetes. Information om andra sjukdomar kan även behövas på rådgivningen.

Vetenskapliga artiklar har sökts kring kulturellt bemötande, kost, amning, motion, fosterscreening, graviditetsdiabetes och diabetes hos barn. Tillräckligt med information om de övriga teman ansågs fås från examensarbetet och annan litteratur. De valda studierna presenteras under motsvarande rubrik. Vid litteratursökningen har databaserna Academic Search Elite, CINAHL och CINAHL with full text använts, samt manuell sökning i Vård i Norden. Elva artiklar har valts. Artiklarna är vetenskapligt granskade och publicerade mellan åren 2005-2015. Sökprocessen finns som bilaga 1.

3.1 Kulturellt bemötande

Riggs m.fl. gjorde en undersökning år 2012 vid mödra- och barnrådgivningen i Australien. Syftet med studien var att utforska erfarenheter av flyktingfamiljers användande av tjänsterna från deras perspektiv. Datainsamlingsmetoden som användes var sju fokusgrupper. I grupperna deltog 87 mödrar från bl.a. Irak, Syrien, Libyen och södra Sudan. Deltagarna hade sammanlagt 249 barn och 150 av de barnen var födda i Australien. Studien innefattade även fyra fokusgrupper med hälsovårdare och fem individuella intervjuer. I resultatet framkom att migranterna överlag var nöjda men fortfarande fanns hinder i vården. För att underlätta för migranten att komma ihåg sin tid skrev vårdaren ner datum och klockslag. Det fungerade som en påminnelse för migrantfamiljerna. Ett irritationsmoment för migranterna var att det fanns många broschyrer i väntrummet, men inget på deras egna språk. För att bli mera tillmötesgående ville migranterna att

hälsovårdarna ska ge mera stöd och tipsa vart de kunde gå på sociala sammanhang i kommunen. Hälsovårdare hade fått skolning i kulturell kompetens och det ansågs viktigt med vidare skolningar t.ex. om olika kulturer. (Riggs m.fl. 2012).

För att ta reda på sjuksköterskors erfarenheter på barnavårdscentralen (BVC) i Sverige gällande interkulturell kommunikation och vilka utmaningar de möter med hälsovägledning till somaliska familjer, gjorde Söderbäck och Ekström en studie 2014. Studien är kvalitativ och fem sjuksköterskor på BVC i Sverige blev intervjuade. Sjuksköterskorna upplevde mötet både som en möjlighet och som ett hinder. Språksvårigheter var det största hindret i mötet, men för att uppnå en bra relation bör det vara en ömsesidig förståelse genom en dialog och trygghet. Det är också viktigt att avsätta tillräckligt med tid för mötet. Sjuksköterskan ska vara intresserad av familjens kultur, livshistoria och behov som de upplever. Resultatet poängterar också vikten av att använda sig av tolk för att underlätta språksvårigheterna. Det finns två typer av tolkar, tolk som stöder och tolk som hinder. Tolkar som stöder är professionella och håller sig bakgrunden, samt översätter det som sagts ordagrant. Tolk som hindrar är oengagerade och tolkar inte allt som sägs. Sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräckligt med tid och ibland att de är otillräckliga.

3.2 Kost och amning

För att få en uppfattning om hur olika kulturer ser på spädbarns och barns nutrition, övervikt hos barn, hälsosam mat, fysisk aktivitet samt avsaknad av fysisk aktivitet, samt varifrån mammorna har fått information om matning av spädbarn gjordes 2006 en studie i USA. Metoden som använts i studien är grounded theory med fyra fokusgrupper. Det som kom fram i studien var att kvinnorna inte förstod sambandet mellan fysisk aktivitet och hälsa. Mammorna använde sig också av mat för att uppkalla ett visst önskat beteende hos barnen. De upplevde även att de inte hade kontroll över barnets matintag när barnet började på dagis och i skola. Andra saker som framkom var att kvinnorna i de olika fokusgrupperna hade olika åsikter om vilken mat som lämpade sig för barn i en viss ålder, oklarheter gällande spädbarnets mättnad och övermatning. Kvinnorna hade olika informationskällor varifrån de fick kunskap om barn och vad de bör äta. En del fick sin kunskap av sin mamma, andra följde traditioner i kulturen, från internet och de frågade även av professionella. (McGarvey, Collie, Fraser, Shufflebarger, Loyd och Oliver 2006).

För att minska ohälsa och för att människor ska få ett nyttigare och näringsrikt matintag gjordes en studie med Lloyd-Williams m.fl. 2014 i 30 europeiska länder. Totalt intervjuades 71 beslutsfattare varav 14 av de 30 länders dietister och akademiker deltog. Det framkom att totalt hade 13 länder krav på maximum mängd salt som fick användas i vissa livsmedel, däribland Finland. Finland hörde även till de få länder som enligt lagen reglerar socker, fett, frukt och grönsakskonsumtionen. Skatter för att främja hälsosamt leverne och nutrition är för närvarande i bruk i sex länder, varav Finland är ett av de länderna. De flesta intervjuade menade att priset t.ex. lagstiftning, skatter och reglering fungerar bäst för att människor ska äta mer hälsosamt. Kunskap om nutrition fås genom kampanjer och i de flesta länder lär eleverna sig det i skolan.

Gilbert och Khokhar's systematiska översiktsartikel presenterar kostvanor hos etniska grupper i Europa i jämförelse med värdbefolkningen och vad förändringar i kostvanorna orsakar på kostens näringskvalitet. Sambandet mellan förändringarna i kostvanorna och näringsrelaterade sjukdomar utforskas också. I litteratursökningen användes nio databaser och 90 sökord. Data äldre än 1983 exkluderades. I resultatet framkom att en del etniska grupper i Europa blir mindre hälsosamma när de anpassar sig efter den västerländska livsstilen. Grunden i den traditionella kosten består oftast, men den kombineras med mindre hälsosamma delar, sådant som innehåller mycket fett, socker och salt, av den västerländska kosten. Personerna har även oftast en minskad fysisk aktivitet jämfört med i hemlandet. Övervikt är i allmänhet högre bland migranter i värdlandet i jämförelse med i hemlandet. Faktorer som påverkar förändringen i kostvanorna är migrantgeneration och ålder, samt utbildning, inkomst, tillgång till den egna traditionella maten, hälsa, matlagar, religion och tilltro till olika mat, såsom att viss mat har medicinsk effekt. (Gilbert & Khokhar's 2008).

En dansk studie omfattar 42420 stycken spädbarn födda mellan år 2002 och 2009. Syftet var att beskriva amningen och jämföra risken för icke optimal amning hos kvinnor i Danmark i jämförelse med i hemlandet, samt vidare undersöka hur socioekonomiska situationer och tid i landet påverkade risken. Metoden som användes var en kvantitativ metod där en färdig databas användes med insamlat material. Resultaten visade att det var mera vanligt att kvinnor av andra generationens migranter från Turkiet och Pakistan använde ersättning än de migrantkvinnor som emigrerat därifrån till Danmark. Det var mera vanligt att migranterna använde ersättning än de som var av dansk härkomst. Därför anser författarna till denna studie att hälsovårdare bör ta detta i beaktande på

barnrådgivningarna och stöda dessa mammor extra. (Busck-Rasmussen, Villadsen, Norsker, Mortensen & Andersen 2014).

3.3 Motion

En kvalitativ studie har gjorts i ämnet graviditet och träning. Syftet med studien var att i detalj beskriva afrikanska amerikanska kvinnors unika tro och perspektiv på träning under graviditeten. I studien deltog 34 kvinnor i sex fokusgrupper och materialet analyserades tematiskt. Tre huvudteman framkom angående tron på träning under graviditeten: kvinnorna hade en bred uppfattning om vilka aktiviteter som utgör träning, de uppfattade att träning var nyttigt under graviditeten och trodde att vissa typer av aktiviteter kunde orsaka problem under graviditeten. Kvinnorna trodde överlag att motion påverkar graviditeten positivt. (Krans & Chang 2012).

Syftet med en studie gjord 2013 var att få fram uppfattningar, avsikter och övertygelser relaterade till barriärer för att äta hälsosamt och för att delta i fysisk aktivitet. Tretton fokusgruppsessioner hölls med 70 barn från olika etniska grupper och åtta fokusgruppsessioner hölls med 43 av föräldrarna. Barnen var i åldern 8-13 år. I resultatet framkom att det bland etniska minoriteter var brist på kunskap om riktlinjer för fysisk aktivitet för barn, det framkom även en negativ inställning till fysisk aktivitet i skolan och ogillande av skolmat. Faktorer som fanns i familjens omgivning kunde även hindra fysisk aktivitet och att äta hälsosamt, såsom brist på säkerhet eller snabbmatskedjor. (Rawlins, Baker, Maynard & Harding 2013).

3.4 Fosterscreening

Rutinultraljud görs i andra trimestern av graviditeten och i Sverige har en studie gjorts av migrantmammornas upplevelser av välmående, information, tankar, känslor och kommunikation kring detta ämne. Nio stycken Farsi talande föräldrapar deltog i en kvalitativ intervju. Föräldrarna som deltog upplevde en känsla av bekräftelse av graviditeten när det första ultraljudet gjordes, de kände en samhörighet till barnet. En viktig sak som de fann var att dessa föräldrar har ett behov av bra förklaring till proceduren och den tekniska biten. I en tidigare studie av författarna framkom att föräldrar i Iran är vana med ultraljud i hemlandet där läkaren var mera fokuserad på skärmen än på föräldrarna och kommunikationen. Föräldrarna kände att hälsovårdaren visste vad hon höll

på med och att relationen stärktes. Relationen stärktes inte bara till hälsovårdaren utan även mellan pappan och fostret. Alla föräldrarna var medvetna om att detta var frivilligt och ville efteråt berätta åt sina vänner och familjer för att uppmuntra dem att också gå. Därför ska hälsovårdarna uppmäna sina klienter att gå på denna undersökning. (Ranji, Dykes & Ny 2012).

3.5 Graviditetsdiabetes och diabetes hos barn

En studie av Povlsen, Olsen och Ladelund från 2005 utreder ifall metabolisk kontroll är olika mellan barn och unga från olika etiska bakgrunder med typ 1 diabetes och danska barn med samma sjukdom. Studiens metod är att data har samlats in från ett nationellt register, som innefattar 919 danska barn och 58 barn och unga från minoritetsgrupper i Danmark med diabetes typ 1. Frågeformulär sändes ut till 20 barnavdelningar och till 38 familjer med annan bakgrund. Resultatet visade att HbA_{1c} var högre hos barn och unga från minoritetsgrupper än danska barn, men i jämförelse mellan barnen i minoritetsgrupperna var skillnaderna inte stora. Föräldrarna ansåg att de fick lite skolning av professionell personal, men generellt var specialkunskap och stöd för familjer med annan etisk bakgrund begränsad. Studien visade att stödet från professionella inte alltid går i linje med de behov och hjälp som personer från minoritetsgrupper behöver. Därför bör baskunskaper om olika kulturer, religioner och individuell uppfattning om hälsa och ohälsa tas i beaktande.

En kvalitativ explorativ studies syfte var att undersöka utvecklingen av migrantkvinnors föreställning om hälsa, ohälsa och hälsovården vid graviditetsdiabetes under en tid och att studera dess inverkan på självvård och vård sökande. Kvinnorna var födda i mellanöstern, men bodde i Sverige. Semistrukturerade intervjuer gjordes med 14 kvinnor vid tre tillfällen, ett under graviditeten och två efter graviditeten. Kvinnorna bekymrade sig för fostrets hälsa under graviditeten och försökte följa råden som de fick. Tre månader efter förlossningen hade kvinnorna gått tillbaka till livsstilen som de hade före de fått graviditetsdiabetes. Vid det tredje tillfället, 14 månader efter förlossningen, hade kvinnorna gått mot en hälsosammare livsstil igen med fokus på deras egen hälsa. Föreställningarna om diabetes förändrades med tiden och påverkade mot ett hälsosammare beteende. Deltagarna saknade information om graviditetsdiabetes, dieter och uppföljningar. (Hjelm, Bard & Apelqvist 2012).

4 Metod- och processbeskrivning

Metod- och processbeskrivningen innefattar rubrikerna behov av produkten, planering av produkten och framställning av produkten. I planeringen beskrivs grafisk kommunikation, som används som metod vid framställandet av ett informationshäfte.

4.1 Behov av produkten

Intresset för att göra ett informationshäfte för hälsovårdaren som utvecklingsarbete startade redan vid skrivandet av examensarbetet. Frågor om vilka hjälpmedel de känner till på rådgivningen och vilken kunskap samt vilka hjälpmedel som ännu behövs i deras arbete inkluderades i intervjuerna som gjordes med hälsovårdarna. Detta för att få en grund till vilket behov det finns av ett informationshäfte och vad det borde innehålla. Det framkom att hälsovårdarna hade olika behov och synpunkter på vilka ämnen som de ville ha mer kunskap om och vad som kunde finnas med i broschyren. Valet av ämnen till broschyren utgår från intervjuerna och alla svar har beaktats.

4.2 Planering av produkten

Planeringen är ett viktigt skede. I planeringen ska alla inblandade delta och en tidsplan görs upp. Enligt Hansson, Kristiansson och Palmquist finns det sex viktiga frågor i planeringsskedet av en trycksak. Frågorna är: varför den ska göras, för vem görs den, vad ska ingå i den, när ska den vara färdig och var ska den distribueras. (2004, 20-21). Budskapet är enligt Bergstöm, Lundgren och Flessa viktigt i planeringsskedet av en produkt. Mottagaren ska fungera som utgångspunkt. Vilka problem kan produkten lösa och vilka behov kan den uppfylla. En bra idé är enkel och tydlig, kan användas flera gånger om igen, ger en plötslig förståelse och skapar känslor åt läsaren. (2008, 31, 35).

Den visuella eller grafiska planeringen är en viktig del när en produkt planeras. (Pesonen 2007, 2). Grafisk kommunikation innebär att använda sig av den visuella kommunikationen. Inom den grafiska kommunikationen tas typografi, bildhantering och den grafiska formgivningen i beaktande. Typografi är läran om bokstäver och hur de används. Först väljs typsnittfamiljer ut, vilka ska passa in i sammanhanget och kunna läsas utan svårighet. Vi läser inte bokstäver utan ordbilder och därför är det av vikt att välja rätt teckensnitt, teckengrad, radlängd, spalt- och radavstånd, mellanrum mellan orden och färg.

Det är även viktigt att bedöma hur det ser ut på skärm. (Bergstöm, Lundgren & Flessa 2008, 9, 40-57).

Texten ska alltid behandlas med målet att någon ska läsa den. Stilen till brödtexten ska väljas så att den inte stör läsningen och ska därmed sticka ut så lite som möjligt. Storlekar mellan 9 och 12 ska användas för att uppnå bästa läsbarhet. Kursiv stil kan istället för versaler användas för att märka ut ord som är viktiga i en text. Rubriker används för att fånga uppmärksamhet och har större grad än själva brödtexten. (Hansson, Kristiansson & Palmquist 2004, 54, 66-69, 90). Tomma områden i trycksaken kan vara fördelaktiga. Tomt utrymme kan finnas runt rubrikerna, i marginalen, runt bilderna eller mellan stycken. Tomrum kan bl.a. lätta upp, ge kraft och uppmärksamhet, samt möjlighet för läsaren att tänka. (Pesonen 2007, 47). En informativ text talar oftast om hur det är. Innehållet och ämnet är i centrum, inte någons åsikter eller värderingar. Läsbarheten är alltid aktuell för texter. Till läsbarheten räknas språkliga och objektiva faktorer, men även textens röda tråd, flyt och sammanhang. (Melin 2011, 100, 119-123).

Bildhantering görs enligt tycke och smak för produkten. Det finns olika kategorier av bilder som används bl.a. nyhetsbilder, kunskapsbilder, privata bilder, propagandabilder, reklambilder och anvisnings- och varningsbilder. Bildens kontext och även komposition påverkar läsarens upplevelse. Placeringen av bilden kräver kunskande i bildhantering och redigeringsmetoder: beskärning, bildmanipulering, vinjettering och utfallande. (Bergström, Lundgren & Flessa 2008, 84-125). En bild kan endera användas för att fånga intresse hos läsaren eller för att komplettera och göra innehållet tydligare. Vid genomläsning av texten bedöms vilket innehåll som kan förtydligas med en bild. Bilden kan även vara av olika typ, som fotografi, symbol eller teckning, vilka det finns fördelar och nackdelar med. (Hansson, Kristiansson & Palmquist 2004, 136).

Vid val av färg är det färglära vid trycksaker det krävs kunskap om. Det finns tre grundfärger: gult, cyan och magenta och blandas dessa färger så framkommer sekundärfärger. (Bergstöm, Lundgren & Flessa 2008, 197-202). Färgerna kan användas i olika kombinationer. Den högsta kontrasten fås genom ljus botten med en mörk text eller mörk botten med en ljus text. Färg kan användas till att framhäva något eller särskilja en sak. Färgen ska användas genomtänkt och sparsamt och funktionen på färgen kan endera vara dekorativ eller funktionell. (Hansson, Kristiansson & Palmquist 2004, 146, 154-155). En blå färg uppfattas sval, lugnande och avståndstagande, medan gult verkar glatt och uppiggande. Rött är en dynamisk och accelererande färg, medan orange är en varm färg.

Grönt är lugnande och kopplar även samman med naturen. (Pesonen 2007, 57). Rött kan även ge signal om uppmärksamhet och kärlek, medan grönt kan signalera att något är tillåtet. (Hansson, Kristiansson & Palmquist 2004, 140-141).

Internet skiljer sig från vanliga trycksaker eftersom det hela tiden är öppet och globalt, samt går att ändra och uppdatera. Internet kräver även att läsaren attraheras med lockande former så att läsaren blir interagerad. Färgerna på internet kan användas på så vis att det attraherar, strukturerar eller pedagogiserar. (Bergström, Lundgren & Flessa 2008, 146-161). Formatet på trycksaken är även viktig. Ett litet format innebär att det på varje sida finns ett ganska begränsat utrymme och i dessa fall ryms oftast endast en textspalt på varje sida. När läsaren ska kunna hålla en broschyr i handen eller bära den med sig är ett långsmalt format ofta passande. Kvadratisk format kan vara lämplig till mera exklusiva handböcker. (Flessa 2001, 208-209). Den grafiska formgivningen bildar en helhet av text och bild. Det viktigaste med den grafiska formgivningen är att göra budskapet förståeligt, tydligt och lockande. (Bergström, Lundgren & Flessa 2008, 9). I ett layoutprogram sammanställs text och bild till en produkt. Rubriker, brödtext, bilder, bildtexter, linjer m.m. skapar kompletta sidor till trycksaken. (Flessa 2001, 22, 258).

4.3 Framställning av produkten

Idén till produkten påbörjades redan under utförandet av examensarbetet. Planeringen av själva produkten gjordes i januari 2015. Informationshäftets innehåll planerades utgående från intervjuerna som gjorts med hälsovårdarna under examensarbetet. En del teman har även tagits med utgående examensarbetets bakgrund och resultat. Det var förutbestämt att utvecklingsarbetet ska vara inlämnat för godkännande v.17. Vi planerade även att produkten ska göras i både elektronisk form och i pappersform för att dela ut åt deltagarna i studien. Budskapet med produkten utformades under tiden. Hälsovårdare på rådgivningen ska ha nytta av informationshäftet i arbetet med migrantfamiljer. De ska få en del information från häftet och bli inspirerade att ta reda på mera om olika ämnen och kulturer. Tanken var att hemsidor och broschyrer på olika språk ska vara lättillgängliga och användbara för hälsovårdarna för att så lite tid som möjligt ska behöva användas till att söka efter olika material på internet.

Informationshäftet började utformas under januari. Modell för produkten gjordes både i Adobe InDesign och i Word. Word valdes slutligen som layoutprogram för

informationshäftet, för att alla deltagare lättare skulle kunna redigera texten hemifrån. Times New Roman användes som teckensnitt för att texten ska vara enkel att läsa. Radavståndet som användes var 1,15 och ansågs tillräckligt för att texten ska vara läsbar. Rubriker har större teckensnitt än brödtexten. Vi beaktade att färg ska användas sparsamt och genomtänkt. Den gröna färgen tycktes vara passande och verkar lugnande och signalerar att något är tillåtet, vilket är passande för utvecklingsarbetet. Färger används även för att det ska vara lättare att hitta i informationshäftet. Temafärgen orange används för rubriken ”hemsidor på olika språk” och lila används för rubriken ”litteraturtips”.

Det föll sig relativt naturligt i vilken ordning de olika teman skulle placeras i informationshäftet. Information om tolk placerades först eftersom det är en utgångspunkt vid mötet med familjer som talar ett annat språk än hälsovårdaren. Bemötande hör även till grunden vid kommunikation med människor och psykisk ohälsa kan påverka en människa starkt. Hälsoundersökningar på mödra- och barnrådgivningen är följande rubrik där det finns mycket som kan vara användbart i det dagliga rådgivningsarbetet. Flera hälsovårdare önskade mer information om kost, amning och motion och därför placerades dessa teman som följande. Fosterscreening, diabetes och olika sjukdomar placerades till följande eftersom dessa teman inte anses var det viktigaste i rådgivningsarbetet, men ändå är mycket användbara.

Texten till informationshäftet skrevs i januari och februari. Texten planerades vara informativ, d.v.s. med innehållet i centrum. Fakta om de valda teman hämtades från examensarbetet, men även ny fakta söktes fram både via litteratur och internet. Sökprocessen för de vetenskapliga artiklarna finns som bilaga 1. Hemsidor och broschyrer på olika språk söktes under hela tiden och i mars sattes extra tid på att enbart söka fram dessa källor. Bilder fotograferades och privata bilder söktes fram för att ge informationshäftet ett trevligare utseende. Tomrum kring rubriker och bilder har inkluderats för att ge innehållet mera uppmärksamhet och lätta upp informationshäftet. Slutligen redigerades text och layout för produkten en sista gång och texten bakom själva utvecklingsarbetet skrevs färdigt.

5 Kritisk granskning och diskussion

Syftet med utvecklingsarbetet var att informera hälsovårdarna på mödra- och barnrådgivningen om tillgängligt material och källor på olika språk som kan användas vid mötet med familjer med annan kultur och språk. Syftet var även att inspirera hälsovårdarna till att använda material och läsa på om olika kulturer före ett möte. I den kritiska granskningen används kriterier som passar för granskning av produkten. Vi koncentrerar oss på användbarhet, tydlighet och layout.

Produkten är användbar eftersom vi inte har kommit i kontakt med något liknande informationshäfte i svenska Österbotten. Vi har valt att publicera informationshäftet elektroniskt framom enbart i tryckt form så att så många hälsovårdare som möjligt kan ta del av arbetet. Informationshäftet går även att printa ut. Tryckt form kan göra att informationshäftet känns trevligare. Elektronisk form är ändå mera lämplig eftersom det möjliggör åtkomsten till hemsidor genom direktlänkar. En nackdel med direktlänkar är att de kan ändra, vilket leder till att materialet är svårare att hitta. Ny information kommer även hela tiden, vilket innebär att informationshäftet blir föråldrat.

Informationshäftet är omfattande och informativt, men häftet är ändå tydligt och informationen är lätt att hitta. Titelns första del är kort och ska vara intresseväckande, medan andra delen är mera förklarande av själva produkten. Layouten är lugn och fin. Informationshäftets första sida är tilltalande för ögat och är den sida som är mest intresseväckande. Sidans uppbyggnad är avancerad, men ändå stilren. Färgerna i hela produkten är harmoniska och välkomponerade och underrubrikerna har tydliga färgmarkeringar. Färgerna gör att det snabbt går att hitta vem materialet är riktat till. Under en del rubriker är texten lång eftersom det var svårt att ta bort oväsentligt material, vilket leder till att sidorna med mycket text ser tunga ut. Det finns ändå en risk att information har fallit bort som kunde ha varit användbar. Bilderna kompletterar inte texten, men tangerar ämnet, fungerar som utsmyckning och lättar upp sidorna. Citatet på sista sidan knyter samman arbetet genom att lägga det goda vårdandet i fokus.

Utförandet av utvecklingsarbetet har till stor del gått enligt tidsplanen. Mycket tid gick åt insättningen av texten och utformningen av layouten. Sökningen efter hemsidor tog längre tid än planerat. Det var svårt att hitta rätt sökord för material på olika språk och att hitta trovärdiga sidor. Någon bra broschyr på olika språk om barns motion hittades inte, vilket flera hälsovårdare även saknade i arbetet. Användbarheten av vårt examensarbete till

utvecklingsarbetet var mindre än förväntat och största delen av materialet är nytt. Eftersom stor del av materialet är nytt kan texten i vissa fall vara ensidig eftersom någon text kan vara hämtad från enbart två vetenskapliga artiklar. Det var även svårt att placera de olika teman i informationshäftet i en logisk ordning. I examensarbetet framkom relativt få kommentarer om vad som kunde tas upp i informationshäftet och vilka verktyg de redan använder, vilket även försvårade processen något.

Källförteckning

Bergström, B., Lundgren, P. & Flessa, G. (2008). *Grafisk kommunikation*. Malmö: Liber AB.

Busck-Rasmussen, M., Villadsen, S., Norsker, F., Mortensen, L. & Andersen, A-M. (2014). Breastfeeding Practices in Relation to Country of Origin Among Women Living in Denmark: A Population-Based Study. *Maternal & Child Health Journal*, 18(10), 2479–2488.

Flessa, G. (2001). *Trycksaksboken*. Partille: Warne Förlag.

Gilbert, P.A. & Khokhar, S. (2008). Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutrition Reviews*, 66(4), 203-215.

Hansson, L., Kristiansson, M. & Palmquist, E. (2004). *Grafisk design En introduktion*. Värnamo: Bokförlaget Arena.

Hjelm, K., Bard, K. & Apelqvist, J. (2012). Gestational diabetes: prospective interview-study of the developing beliefs about health, illness and health care in migrant women. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21/22), 3244-3256.

Krans, E. E. & Chang, J. C. (2012). Low-Income African American Women's Beliefs Regarding Exercise during Pregnancy. *Maternal & Child Health Journal* 16(6), 1180–1187.

Lloyd-Williams, F., Bromley, H., Orton, L., Hawkes, C., Taylor-Robinson, D., O'Flaherty, M., McGill, R., Anwar, E., Hyseni, L., Moonan, M., Rayner, M. & Capewell, S. (2014). Smorgasbord or symphony? Assessing public health nutrition policies across 30 European countries using a novel framework. *BMC Public Health*, 14(1), 1195-2015.

Melin, L. (2011). *Texten med extra allt. Om text, bild och grafisk form – i samverkan*. Stockholm: Liber Ab.

McGarvey, E.L., Collie, K.R., Fraser, G., Shufflebarger, C., Lloyd, B. & Oliver, M.N. (2006). Using focus group results to inform preschool childhood obesity prevention programming. *Ethnicity & Health*, 11(3), 265-285.

Pesonen, E. (2007). *Julkaisijan käsikirja*. Jyväskylä: WSOYpro/Docendo.

Povlsen, L., Olsen, B. & Ladelund, S. (2005). Diabetes in children and adolescents from minorities: barriers to education, treatment and good metabolic control. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 576-582.

Ranji, A., Dykes, A-K. & Ny, P. (2012). Routine ultrasound investigations in the second trimester of pregnancy: the experiences of immigrant parents in Sweden. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(3), 312–325.

Rawlins, E., Baker, G., Maynard, M. & Harding, S. (2013). Perceptions of healthy eating and physical activity in an ethnically diverse sample of young children and their parents: the DEAL prevention of obesity study. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 26 (2), 132-144.

Riggs, E., Davis, E., Gibbs, L., Block, K., Szwar, J., Casey, S., Duell-Piening, P. & Waters, E. (2012). Accessing maternal and child health services in Melbourne, Australia: Reflections from refugee families and service providers. *BMC Health Services Research*, 12(1), 117-132.

Söderbäck, M. & Ekström, C. (2014). Hälsovägledning med somaliska föräldrar inom svensk barnhälsovård. En kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 114 (34), 33-37

Bilaga 1

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal valda
EBSCO (Academic Search Elite, CINAHL, CINAHL with full text) + full text	migrant AND gestational diabetes	17	1
	child AND food AND cultural	31	2
	ethnic groups AND diet AND Europe	16	1
	europe AND nutrition AND public health	173	1
EBSCO (CINAHL with full text)	immigrants AND encounters AND health	600	1
	immigrant AND health AND experiences	138	1
EBSCO (CINAHL, CINAHL with full text)	immigrant families AND good health	1	1
Sökning i Maternal and Child Health Journal via EBSCO	migrant	11	1
	exercise	24	1
Manuell sökning i Vård i Norden	år 2013-2014		1

Att mötas

- ett verktyg för hälsovårdaren
vid mångkulturella möten på rådgivningen



Användbara hemsidor

Infopankki

<http://www.infopankki.fi>

Kasvun ja oppimisen palvelualue. Oppaita maahanmuuttajalle.

<http://peda.net/vera/kuopio/vasta/oppaat>

STM

<http://www.stm.fi>

THL

<https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus>

Väestöliitto

<http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/>

Vi vill alla bli bemötta med
förståelse

Tolkningstjänster och Fpa

Österbottens
Tolkcentral i Vasa

http://www.vaasa.fi/Pa-svenska/Offentliga_tjanster/Invandrare/Tolkcentralen

Finlands översättar-
och tolkförbund
(FÖTF)

<http://www.sktl.fi/pa-svenska/sokning/utvidgad-sokning/>

Fpa: social trygghet
vid flyttning till eller
från Finland

<http://www.kela.fi/web/sv/flyttning>



Innehållsförteckning

✓ Tolk	3
✓ Kulturellt bemötande	4
✓ Psykisk ohälsa	6
✓ Kvinnlig omskärelse	7
✓ Hälsundersökning på mödra- och barnrådgivning	8
✓ Kost & amning	12
✓ Motion	14
✓ Fosterscreening	15
✓ Graviditetsdiabetes och diabetes hos barn	16
✓ Sjukdomar	17

Informationshäftet är indelat i olika teman. Texten ska läsas från vänsterspalt till högerspalt. Vid varje tema finns en informativ text.

Materialet hittas under:

Hemsidor på olika språk

Material på olika språk. Hemsidans adress kan ges åt klienten eller så kan informationen printas ut.

Litteraturtips

Hemsidor och annan litteratur som hälsovårdaren själv kan bekanta sig med före ett möte.

Informationshäftet är ett utvecklingsarbete med utgångspunkt från resultaten i vårt examensarbete. Examensarbetet och utvecklingsarbetet finns publicerat på theseus.fi under rubriken: *Mötet mellan mödra- och barnrådgivningen och familjer med annan kultur och annat språk*. Studien blev gjord år 2014 via intervjuer med 16 hälsovårdare och barnmorskor på mödra- och barnrådgivningar i Österbotten och via en litteraturstudie.

Resultatet från studien visade att vårdarna upplevde mötet både positivt och negativ. De upplevde många olika kulturella skillnader, vilka hanterades på olika sätt. Ett av resultaten som framkom i intervjuerna var att det fanns ett behov av kunskap och uppgifter om var material kan hittas. Informationshäftet har tagits fram som ett underlag för hälsovårdarna.

Texten som finns i informationshäftet berör olika kulturer och familjer från olika länder men texten går inte att generaliseras till alla familjer med annan kultur och språk på rådgivningen. Hälsovårdaren bör se igenom hemsidorna på olika språk innan användning för att kontrollera eller uppdatera innehållet.

Cecilia Nyman
Charlotta Vikman
Sara Wiklund

Hälsovårdarstuderande
Yrkeshögskolan Novia
Våren 2015

Tolk

Tolk ska tillkallas när det inte finns något gemensamt språk. Åtminstone 1,5 ggr längre än en vanlig tid ska bokas vid användning av tolk. En tolk ska översätta allt som sägs i jag-form, tillämpa tystnadsplikten, vara opartisk och neutral. Vårdaren har rätt att byta tolk om problem uppstår. Ett tips är att förbereda tolken på förhand inför samtal genom att ge en del information om det kommande mötet. Många gånger anses kroppsspråket och den nonverbala kommunikationen som viktigare än orden i ett samtal.

Anhöriga ska inte användas som tolk eftersom de kanske inte har tillräckligt med ord och kunskap att översätta budskapet rätt, en del information kan även lämnas översatt. Barn ska inte användas som tolk eftersom de kan få för stor insikt i den vuxnes värld, vilket kan skapa obalans i deras förhållande. Trots att en professionell tolk används kan det ändå upplevas svårt att veta om mottagaren förstått informationen.

Källor till texten

Bäärnhielm, S. (2007). Möten i den mångkulturella vården. Ingår i : B. Fossum (red). *Kommunikation Samtal och bemötande i vården*. Hungary: Studentlitteratur.

Entrena, E. (2007). Att kommunicera med hjälp av tolk. Ingår i : B. Fossum (red). *Kommunikation Samtal och bemötande i vården*. Hungary: Studentlitteratur

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Poland: Studentlitteratur.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). (2013). *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Handbok 29. Tampere: Thl - Institutet för hälsa och välfärd.

Nyman, C., Vikman, C. & Wiklund, S. (2014). *Mötet mellan mödra- och barnrådgivning och familjer med annan kultur och språk*. Opublicerad avhandling för examen. Vasa: Yrkehögskolan Novia.

Söderbäck, M. (2014). *Kommunikation med barn och unga i vården*. Stockholm: Liber.



Tolkning med barn som klient

Före själva tolkningen börjar är det bra om tolken presenterar vilka regler som gäller för barnet. Svårigheter kan uppstå, t.ex. förstår inte alla barn när tolken översätter i jag-form. När tolken förklarar olika saker för barnet istället för att be att vårdaren ge en extra förklaring, går tolken mot yrkesetiken. Barn pratar även på ett annat sätt, vilket kan göra att tolken har svårt att uppfatta allting. Barnen kan även uppleva problem med tolken, såsom att inte känna tillit till tolken. Oprofessionella tolkar kan även lägga till, utelämna eller ändra barnets ord.

Personalen ska vid beställning av tolk berätta att det är ett barn som behöver tolken. Vid tolk på plats kan det vara bra att sitta i en triangel, så att vårdaren och barnet har ögonkontakt. Vid telefonkontakt kan det vara svårare för tolken. Då ska vårdaren gärna introducera tolken om hur det ser ut i rummet, hur många som är där och t.ex. berätta om några dokument kommer gås igenom under mötet. Strukturen på mötet ska planeras före och tillräckligt med tid ska inplaneras så att inte barnet hamnar i skymundan p.g.a. tidsbrist. Barnet ska få tillräckligt med tid att svara och tänka.

Kulturellt bemötande



Ett gott bemötande är viktigt vid möten med andra kulturer. Språksvårigheter är ett av de största hindren vid kommunikation, vilket kan leda till att informationen begränsas. Vårdarna ska inte ta för givet att föräldrarna förstått det som blivit sagt, trots att de bekräftat och svarat jakande på en fråga.

Kulturella skillnader kan finnas, exempelvis angående tidsuppfattning. Många hälsovårdare bokar längre tid vid möten med personer med annan kultur och annat språk. Familjehierarkin kan se olika ut i familjer med annat kulturellt påbrå. Exempelvis kan det vara mannen som är familjens överhuvud. Låt familjen själv berätta hur situationen ser ut hemma och hur de upplever vården för att få en bild av deras egna förväntningar och uppfattningar.

Hälsovårdaren kan underlätta för migranten att komma ihåg tiden till nästa besök genom att skriva ner datum och klockslag. Det är även bra att ha broschyrer på olika språk i väntrummet. Hälsovårdaren kan också ge migranten mera stöd och tips på olika sociala gemenskaper som finns i närheten, exempelvis mammabarn-grupper.

Ödmjukhet och visat intresse är viktigt i mötet. När vårdaren visar stort intresse och vill lära sig mera ger det kontinuerlig kunskap. Före mötet på rådgivningen kan hälsovårdaren läsa in sig på en kultur för att undvika stora missförstånd. Vårdaren bör vara nyfiken på främmande människor och länder, samt ha ett medkänsligt och humoristiskt sätt.

För att en god relation mellan vårdare och patient ska kunna uppstå ska vårdaren ta personens kultur

och värderingar i beaktande. Vid migration ska vårdaren inte generalisera och ta för givet att alla familjer har samma problem. Anpassningen till det nya samhället är inte enbart migrantens ansvar.

Källor till texten

Allwood, C. M. & Johnsson, P. (red.). (2009). *Mänskliga möten över gränser – vård och social omsorg i det mångkulturella samhället*. Stockholm: Liber.

Nyman, C., Vikman, C. & Wiklund, S. (2014). *Mötet mellan mödra och barnrådgivning och familjer med annan kultur och språk*. Opublicerad avhandling för examen. Vasa: Yrkehögskolan Novia.

Riggs, E., Davis, E., Gibbs, L., Block, K., Szwarc, J., Casey, S., Duell-Piening, P., Waters, E. (2012). Accessing maternal and child health services in Melbourne, Australia: Reflections from refugee families and service providers. *BMC Health Services Research* 12 (1), 117-132.

Söderbäck, M. & Ekström, C. (2014). Hälsovägledning med somaliska föräldrar inom svensk barnhälsovård. En kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 114 (34), 33-37.



Mångkulturell. Information om olika kulturer, ex romer, somalier och ryssar. Länkar till olika kulturrelaterade sidor. THL.

<http://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/monikulttuurisuus>

Att tänka på vid transkulturellt bemötande. Vårdhandboken.

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-varld-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/Oversikt/>

Mikä perhe? Perhe eri kulttuureissa. Väestöliitto.

Information om familjelivet i Ryssland, Tadzjikistan, Kurdistan, Somalien, Malawi, Indien, Bangladesh och Bolivien.

<http://vaestoliitto-fi->

Uskonnot ja seksuaalisuus. Väestöliitto.

Information om sexualiteten (ex. äktenskap, prevention, abort, sexualitet, homosexualitet) inom judendomen, inom kristendomens olika riktningar, islamism, hinduismen, buddhismen och inom yoruba-religionen.

<http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/b62198be9379ee2bda3616ab8266d0aa/1421162641/application/pdf/1418604/UskonnotJaSeksuaalisuus.pdf>

Venäläiset perheet ja seksuaalisuus murroksessa.

Väestöliitto.

<http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/d1f08c4dd83b67b6ff14fe3f3e4efee3/1423389168/application/pdf/2305158/Ven%C3%A4j%C3%A4Web%5b1%5d.pdf>

Hemsidor på olika språk

Terve tulevaisuus – Health material for refugees, asylum seekers and health professionals

Handboken i pdf-format på finska innehåller information åt hälsovårdspersonal om vad man ska tänka på vid mötet.

En DVD finns att beställas via hemsidan. Undervisningsfilmen består av hur olika besök går till, bl.a. apoteksbesök, på hälsovårdarens och läkarens mottagning, laboratorie- och röntgenundersökningar, på rådgivningen, skötsel av mun- och tandhälsa och information om infektioner. En broschyr med information om samma ämnen som på filmen finns på fem språk i pdf-format.

http://iom.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=119

(finska, engelska, somaliska, arabiska och dari)

Litteraturtips

Brunnberg, E., Borg, R-M. & Fridström, C. (2011). *Ensamkommande barn – en forskningsöversikt*. Lund: Studentlitteratur.

Forslund, C. (red.). (2003). *Oskrivna regler. Förhandlingsteknik, osynliga koder, kulturella särdrag och kommunikation i 51 länder*. Utgåva 3. Uppsala: Industrilitteratur.

Herlitz, G. (2010). *Kulturgrammatik – hur du ökar din förmåga att umgås över gränserna*. Malmö: Liber AB.

Rapport: **Maahanmuuttajataustaisten 8. ja 9.-luokkalaisten hyvinvointi. Kouluterveyskysely 2013.** THL. Rapport om flyktingfamiljers och ungas hälsovård, samt om deras uppväxt som första generationens och andra generationens immigranter.

<http://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/terveys-ja-hyvinvointi/lasten-nuorten-ja-perheiden-terveys>

Psykisk ohälsa

Migranter kan ha sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen. Orsakerna till detta är ofta att deras erfarenheter och levnadsvanor tvingat dem till migration. Upplevelserna kan vara traumatiska livshändelser i hemlandet som krig, våld, konflikter, förföljelse, tortyr och kränkningar. En annan orsak till psykisk ohälsa är att de ibland upplever diskriminering i det nya landet.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) upplevs när en person blivit utsatt för en plötslig och oväntad händelse som ofta innebär livsfara för personen själv eller en närstående. Personen kan ha bevittnat eller upplevt tortyr, misshandel, blivit arresterad eller bevittnat en annans död. Den drabbade upplever ett psykiskt trauma och känner en oerhörd hjälplöshet. Symtomen uppdelas i tre olika slag: återupplevande, undvikande och förhöjd vakenhet.

De vanligaste problemen hos flyktningbarn är någon form av psykisk ohälsa. Symtom på krisreaktion av trauma hos barn kan vara sömnstörningar med mardrömmar. Mindre barn kan avvisa föräldrarna helt och stanna i utvecklingen, medan äldre barn kan bli klängiga. Barnen kan även ha återupplevelser, vara aggressiva, utagerande eller visa sig som apatiska. Barn bearbetar ofta krisreaktioner i lek och där kan den vuxne gå in i leken och hjälpa barnet att hitta en lösning.

När ett barn anpassar sig kan det vara ett varningstecken på en begynnande depression, men det kan även betyda att barnet känner sig tryggare i det nya samhället. Det är viktigt att skapa stabilitet och trygghet i vardagen åt barnet. Den vuxne kan hjälpa barn med mardrömmar genom att komma på lösningar på hur barnet ska kunna påverka händelser i drömmen. Hela familjen bör få grundkunskap i hur traumareaktioner kan se ut. Då kan familjen få känna att de är alldeles normala. Det är även viktigt att förmedla hopp och berätta att andra har upplevt liknande saker och repat sig efteråt.

Föräldrarna kan ha svårt att orka eftersom de även själva bearbetar sina upplevelser. Uppmuntran, stöd, förståelse och värme ska ges åt föräldrarna för

att de ska kunna få tillbaka den trygga föräldrarollen. Det är bra att ge konkreta råd och även uppgifter de kan göra tillsammans med barnen. I en situation som är kritisk ger relativt små stödåtgärder ofta stora effekter. Inom några år när den sociala situationen har stabiliserats försvinner barnens symtom för det mesta, med några få undantag.

Källor till texten

Allwood, C. M. & Johnsson, P. (red.). (2009). *Mänskliga möten över gränser – vård och social omsorg i det mångkulturella samhället*. Stockholm: Liber.

Angel, B., Hjern, A. (2004). *Att möta flyktingar*. Lund. Studentlitteratur. 2:a upplagan

Ekblad, S. (2005). *Psykosocial obstetrik*. Lund. Studentlitteratur.

Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E. & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård – att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber.

Hemsidor på olika språk

Information om depression och Information om posttraumatiskt stressyndrom. Tampereen kaupunki, Tampereen mieliterveyskeskus.

<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/maah-anmuuttajat/tiedotteet.html>

(albanska, arabiska, bosniska, burmesiska, dari, engelska, kurdiska, persiska, franska, serbiska, somaliska, swahili, turkiska, ryska, vietnamesiska)

Litteraturtips

Migration, psykisk ohälsa och trauma Ett studiehäfte för dig som möter asylsökande och flyktingar i ditt arbete. Transkulturellt centrum Stockholms Läns Landsting

http://www.siso.sll.se/upload/Transkulturellt%20Centrum/Studieh%C3%A4fte_Migration,%20psykisk%20oh%C3%A4lsa...2012.pdf

Kvinnlig omskärelse

Kvinnlig omskärelse är en 2000 år gammal tradition som förekommer mest i Afrika, men även på andra ställen i världen. Utbredningen inom varje land varierar och också ingreppen skiljer sig åt. Åldern när omskärelsen sker varierar. Ingreppet sker ofta med smutsiga föremål som rakblad, kniv eller glasbit.

Det finns fyra olika grader av kvinnlig omskärelse. Vid grad I tas klitoris delvis eller helt bort. Vid grad II tas klitoris bort, samt delvis eller helt de inre blygdläpparna. Vid grad III skärs alla könsorganens yttre delar bort och de yttre blygdläpparna sys ihop för att täcka slidöppningen. Urin och menstruationsblod rinner ut från en liten öppning. Grad III kan även kallas faraonisk omskärelse eller infibulation. Grad IV innefattar alla andra former av omskärelse. Kvinnans underliv kan då t.ex. brännas, frätas, rispås, skrapas eller skäras.

Ingreppet kan leda till omedelbara och långvariga komplikationer. Omedelbara komplikationer som svåra blödningar, infektioner, chock, svår smärta och skada på närliggande organ. Långvariga komplikationer som förekommer är svåra urineringsbesvär, infektioner, cystor, smärtsamma menstruationer och smärta vid samlag. Även komplikationer vid graviditet, förlossning och psykologiska följder förekommer.

Mötet med en kvinna som genomgått omskärelse kan väcka starka känslor hos vårdaren, men det är viktigt att kunna lägga band på sina egna känslor. Fråga kvinnan, ifall hon kommer från ett land där kvinnlig omskärelse är vanligt förekommande och om hon varit med om det. Våga fråga vilken typ av omskärelse hon genomgått, eventuella komplikationer och inställning till ingreppet. Fråga även om hon känner till Finlands lagstiftning samt vad hon tycker om den. Kvinnorna bör inte göras till offer, för en del upplever inte ingreppet som någonting negativt. En del kvinnor kan däremot ha blivit traumatiserade för resten av livet. Vid misstankte om att omskärelse nyligen har skett eller ska ske på ett barn ska en barnskyddsanmälan göras.

Källor till texten

Franck, M. (2010). *Multikulturell kvinnohälsa*. Malmö: Gothia.

Terry, L., Harris, K. (2013). Female genital mutilation: a literature review. *Nursing standard* 28(1,) 41-47.

UNICEF.(2014). *Kvinnlig könsstympning*.
<https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>.

Hemsidor på olika språk

WHO. Female genital mutilation.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Beskrivning om kvinnlig könsstympning. Olika typer av ingrepp, omedelbara och långvariga komplikationer. (engelska, arabiska, kinesiska, ryska, spanska, franska)

Stympning av kvinnans könsorgan (information, lagen i Finland)

<http://www.stm.fi/sv/publikationer/invandrare>

(finska, svenska, engelska, somaliska)

Litteraturtips

Kvinnlig omskärelse. THL.

<http://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun->

[kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/pahoinpitely-ja-seksuaalinen-hyvaksikaytto/tyttojen-ymparileikkaus](http://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/pahoinpitely-ja-seksuaalinen-hyvaksikaytto/tyttojen-ymparileikkaus)

Verksamhetsplan för att förebygga omskärelse av flickor och kvinnor 2012-2016 (FGM). SHM.

<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1822114>

(svenska, finska, engelska)

Finnish League for human Rights. (2007) *Female circumcision in Finland. The recommendations of an expert group for the personnel in social and health care.* KokoNainen projekt, Helsinki.

Hälsoundersökning på mödra- och barnrådgivning



Hemsidor på olika språk

K5 (gravitetstid, förlossning, babys första månader, barnfamiljens läkemedel, de vanligaste barnsjukdomarna, rådgivningens vaccinationsguide) och Islamguide

<http://www.kfem.fi/index.php/publikationer/58-ovrigadokument.html>

(svenska, finska, bosniska, vietnamesiska, ryska)

Vårdguiden 1177. Varierande information på olika språk under rubrikerna: regler och rättigheter, egenvård barn (barnsäkerhet, feber, förkylning, magsjuka, ont i örat, ögoninflammation), tänder, symtom/sjukdom, behandling, undersökningar/prover (ex. mammografi, gynekologisk cellprovtagning).

<http://www.1177.se/Other-languages/> (under enskilt språk och rubriker)

(svenska, albanska, arabiska, bosniska/kroatiska/serbiska, engelska, finska, franska, kurmanji/nordkurdiska, persiska/farsi, polska, ryska, somaliska, spanska, sorani/sydkurdiska, tigriska, turkiska)

Perustietoa Suomesta – opas/Välkommen till Finland.

Arbets- och näringsministeriet.

Information om barn, familj och hälsa finns även med i broschyren.

http://www.tem.fi/ajankohtaista/julkaisut/esitteet/perustietoa_suomesta

(finska, svenska, engelska, ryska, estniska, franska, spanska, thai, kinesiska, arabiska, persiska, somaliska)

Babycenter. Information om bl.a. kost, motion, barnets utveckling, tips och råd för aktiviteter och säkerhet. Berör graviditeten, spädbarn, småbarn och större barn.

<http://www.babycenter.com>

(internationella sidor på egna språk finns nere på sidan till höger: Arabien, Australien, Tyskland, Brasilien, Canada, China, Frankrike, Indien, Korea, latinamerika -spanska, Malaysia, Ryssland och Storbritannien)

Information om hur man alarmerar på hjälp. SOS alarm.

<https://www.sosalarm.se/112/Om-112/Att-larma-112/>

(polska, estniska, magyar, italienska, nederländska, tyska, franska, spanska, finska, shqip, engelska, Ελληνικά, Bosanski, Hrvatski, Српски / Srpski, Русский, arabiska, turkiska, somaliska, persiska/farsi, sydkurdiska)

Besöksförbud. Oikeus.fi.

<http://www.oikeus.fi/sv/index/Broschyrrer/esitteitamullakieli11a.html>

(ryska, somaliska, arabiska, franska, albanska, persiska, kurdiska och serbokroatiska)

Mindre ger mer. Broschyr för dig som vill dricka mindre. THL.

<http://www.stm.fi/sv/publikationer/publikation/-/julkaisu/1082758#sv>

(finska, svenska, engelska, ryska)

..hälsoundersökning på mödra- och barnrådgivning

Hemsidor på olika språk

Mödrarrådgivning

Broschyr om fosterdiagnostik. Vårdgivarguiden.

<http://www.vardgivarguiden.se/Omraden/Barnmorskemottagning/Riktlinjer/dokument/Fosterdiagnostik-information-och-remittering/Fosterdiagnostik-patientinformation/>

(engelska, arabiska, bosniska, franska, persiska, ryska, somaliska, sydkurdiska, spanska och turkiska)

Broschyr om ultraljudsundersökningar (både om tidig och anatomisk). Åbo stad.

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=17193&culture=fi-FI&contentlan=3>

(arabiska, albanska, bosniska, kurdiska, persiska, somaliska, franska (står svenska), ryska och vietnamesiska)

Film om fosterdiagnostik . Vårdguiden.

<http://www.1177.se/Stockholm/Tema/Gravid/Graviditeten/Fosterdiagnostik/Fosterdiagnostik---film-pa-svenska/>

Filmen är 26 minuter lång med svenskt tal. Undertext finns på svenska, engelska, spanska och arabiska.

När man ska åka till förlossningen och sjukhuset. VCS.

http://www.vaasankeskussairaala.fi/In_English/Patients_Customers_Visitors/Childbirth/Childbirth/When_to_Leave_to_the_Hospital

(engelska, finska, svenska)

Vad man ska ta med till förlossningen. VCS.

http://www.vaasankeskussairaala.fi/In_English/Patients_Customers_Visitors/Childbirth/Childbirth/Who_and_What_to_Take_Along

(engelska, finska, svenska)

Litteraturtips

Folkhälsans Doula

<http://www.folkhalsan.fi/startsidea/Var-verksamhet/Barn-familj/Doula-stodperson-vid-forlossningen/>

Blanketter

Förhandsuppgifter till rådgivningen och EPDS-formulär

<http://www.kfem.fi/index.php/publikationer/58-ovrigadokument.html>

(svenska, finska, bosniska, vietnamesiska, ryska: EPDS även på engelska)

EPDS. Rikshandboken Barnhälsovård.

<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>

(svenska, kinesiska, holländska, franska, tyska, igbo, italienska, japanska, malajiska, maltesiska, norska, portugisiska, punjabi, Sydafrika engelska, spanska, arabiska, turkiska, vietnamesiska, engelska)

AUDIT. Landstinget i Uppsala län.

http://www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Sjukvard1/HalsofarbeteLivsstil-2/Alkohol/AUDIT---frageformular-om-alkohol/

(svenska, danska, engelska, tyska, spanska, slovenska, ryska, estniska)

DUDIT (Drog Use Disorders Identification Test).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index10451EN.html>

(danska, kroatiska, dutch, engelska, farsi, finska, franska, tyska, ungerska, isländska, norska, portugisiska, spanska, svenska, turkiska)

Voimavaralomake. THL.

http://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-japerheet/tyon_tueksi/lomakkeet/lomakkeet_neuvolatyohon

(svenska, finska, engelska, japanska)



..hälsoundersökning på mödra- och barnrådgivning

Hemsidor på olika språk

Barnrådgivning

Säkerhet i bilen- så skyddar du dig och ditt barn.

Trafikverket i Sverige.

<http://online4.ineko.se/trafikverket/Product/Category/11822#PhotoSwipe1418997495752>

(lättläst på svenska, arabiska, persiska, sydkurdiska/sorani, somaliska, franska, spanska, svenska, engelska, bosniska)

Barnsäkerhet 0-3 mån, 3-12mån och över 1 år.

Vårdguiden.

<http://www.1177.se/Other-languages/>

(under”egenvård barn”)

(albanska, arabiska, bosniska/kroatiska/serbiska, engelska, finska, franska, kurmanji/nordkurdiska, persiska/farsi, ryska, somaliska, spanska, sorani/sydkurdiska, tigriska, turkiska)

Säkra barn - trygga föräldrar: Affisch. Konsumentverket i Sverige.

<http://publikationer.konsumentverket.se/sv/publikationer/barnsakerhet/sakra-barn-trygga-foraldrar-affisch-pa-svenska.html>

(arabiska, franska, persiska, polska, serbiska/kroatiska/bosniska, somaliska, spanska, sydkurdiska, turkiska)

Babyns utveckling 0-3mån, 3-6mån, 6-9mån och 9-12mån. Queensland Health. Australien.

http://www.health.qld.gov.au/multicultural/public/child_hlth.asp

(engelska, kinesiska, spanska, vietnamesiska, arabiska, serbiska)

Sleep problems in children and teenagers. Raising Children Network. The Australian parenting website.

http://raisingchildren.net.au/articles/sleep_problems_child.html

och **Good sleep habits: 12 tips.**

http://raisingchildren.net.au/articles/good_sleep_habits_tips.html

(engelska, arabiska, dari, karen, persiska, kinesiska förenklad, vietnamesiska)

Hörsestest för nyfödda. Karolinska universitetssjukhuset.

<http://www.karolinska.se/for-patienter/alla-behandlingar-och-undersokningar-a-o/ub-horsel-och-balans/horsel-och-balanskliniken-diagnostik-huddinge/horsestest-pa-nyfodda-huddinge/>

(svenska, arabiska, BKS, franska, persiska, ryska, somaliska, spanska, tigriska, turkiska, tyska)

Barnskyddet i Finland och annan info för barnfamiljer i Finland.

<http://www.lastensuojelu.info/>

(hela hemsidan på finska, selkokieli, svenska, franska, ryska, somaliska, arabiska, persiska, kurdiska)

Understöd i Finland för barnfamiljer. SHM.

<http://www.stm.fi/sv/utkomstskydd/barn>

(finska, svenska, engelska)



..hälsundersökning på mödra- och barnrådgivning

..barnrådgivning

Tala ditt eget språk med barnet! Tampereen kaupunki sosiaali- ja terveystoimi.

<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/kuntoutus/puheterapia/esitteet.html>

(finska, arabiska, bosniska, engelska, kinesiska, kurdiska, persiska, franska, svenska, serbiska, turkiska, ryska, vietnamesiska, estniska)

Rakkautta ja venhemmuutta kahden kulttuurin perheessä. Monikulttuuriyhdistys Familia Club ry.

Broschyr om förhållande, föräldraskap, barnets identitet och tvåspråkighet.

http://www.familiacub.fi/duo_rakkautta_ja_vanhemmuutta.html

(finska, engelska, franska, ryska, thai)

Olika tips till föräldrar för barnets språkutveckling.

National Literacy Trust.

Broschyrer: Säg hej till ditt nya barn, Nappen och talet, Tala med ditt barn på ditt eget språk, Gör det bästa av tevetittandet, Tala med ditt lilla barn, Sjung och rimma tillsammans, Läs böcker med ditt lilla barn och Lek med ditt lilla barn.

http://www.literacytrust.org.uk/talk_to_your_baby/resources/418_q

(engelska, arabiska, bengaliska, kinesiska, estniska, franska, gujarati, norska, panjabi, polska, portugisiska, romanian, somali, svenska, tamil, turkiska, urdu, welsh)

Ett barn flera språk. Rikshandboken barnhälsovård.

(under rubriken "Språk").

<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Information-till-och-for-foraldrar/Informationsmaterial/>

(arabiska, farsi, somaliska, engelska, kurmanji, sorani och thai)

Talterapi. Jyväskylän yhteistoimintaalueen terveystakeskus.

Kort information om talterapi för barn.

<http://www.jyvaskyla.fi/sote/terveys/puheterapia>

(burmesiska, ryska, persiska, franska, engelska, swahili)

Litteraturtips

Vaccinationsplanering för immigranter. THL

lastenneuvolakäsikirja.

<https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/eri-ryhmien-rokotukset/maahanmuuttajien-rokotukset>

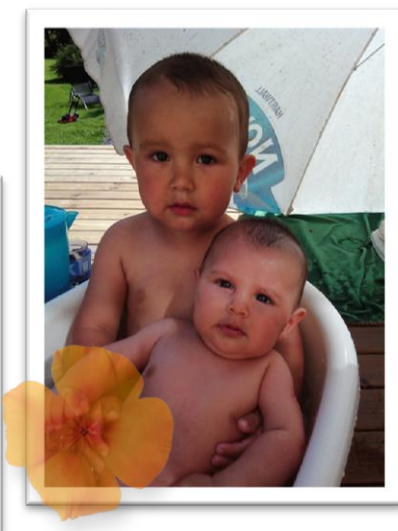
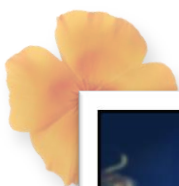
Vaccinationsprogram för olika länder. WHO.

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummar

y

Vaccinationsprogram för olika länder i Europa. Ecdc – European Centre for Disease Prevention and Control.

<http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>





Etniska grupper i Europa tar till sig den västerländska kulturen vid anpassning till det nya landet och ibland leder det till ohälsosammare vanor än de hade tidigare. Den traditionella kosten behålls ofta som grund men i kombination med mindre hälsosamma delar, t.ex. livsmedel som innehåller mycket fett, salt och socker. Risken för kroniska sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar är högre bland minoritetsgrupper än för andra, samt högre bland migranter i värdlandet än i hemlandet.

Förändringar i kostvanorna påverkas av faktorer som migrantgeneration, ålder, utbildning, inkomst, tillgång till traditionell mat, samt matregler och religion. Matregler innebär att vissa maträtter kan vara förbjudna eller bara får ätas då och då. Begränsningar kan finnas gällande vad, hur och med vad vissa maträtter kan ätas.

Hälsovårdare upplever att det kan vara svårt att informera kvinnor från etniska minoritetsgrupper om barns matvanor. Åsikter gällande barns matvanor och varifrån mammorna får information om kostrekommendationer är varierande. Informationskällorna är bl.a. råd från familjen, traditioner, egna instinkter, matpyramiden, media, internet, samt dietister. Undervikt anses mammorna i en studie vara ett större orosmoment än övervikt.

Övervikt bland spädbarn anses ofta inte vara ett problem, bara ifall barnet verkar sjuk. Alla har en förståelse för sambandet mellan vikt och hälsoproblem bland äldre barn. Däremot har många ingen förståelse för de potentiella problem som övervikt medför då det gäller barn under skolåldern, eftersom kvinnorna tror att övervikten växer bort när de blir äldre. Den fysiska aktiviteten kopplas inte alltid samman med hälsosam vikt och förebyggande av övervikt.

Lyckat föräldraskap anses i vissa kulturer vara när barnen äter upp allt som serveras och ifall barnen inte äter upp allt som erbjuds har mamman misslyckats. Familjemåltider ger en möjlighet att diskutera kostvanor och annat som är av betydelse för hälsan.

Personliga, kulturella, sociala, miljömässiga faktorer, samt möjlighet att amma påverkar kvinnornas beslut om att amma. Kvinnans mamma har en viktig roll i att påverka när det kommer till amning. Mannens stöd är även viktigt. Det är vanligt att andra generationen från t.ex. Turkiet och Pakistan använder sig av ersättning, medan första generationen använder mindre ersättning.

Vårdarna behöver också komma ihåg att marknadsföringen av modersmjölksersättning har varit förbjudet i vissa länder. Förhållningssättet och kunskapen till amning varierar mycket mellan olika kulturer och därför är det viktigt att amningshandledningen ska vara personlig. Mammorna i vissa kulturer ammar inte eftersom det anses vara orent och att myter finns kring råmjölken.

Källor till texten

- Busck-Rasmussen, M., Fredsted Villadsen, S., Nyboe Norsker, F., Mortensen, L. & Nybo Andersen, A-M. (2014). Breastfeeding Practices in Relation to Country of Origin Among Women Living in Denmark: A Population-Based Study. *Maternal & Child Health Journal*, 18(10), 2479-2488.
- Franck, M. (2010). *Multikulturell kvinnohälsa*. Malmö. Gothia.
- Gilbert, P.A. & Khokhar, S. (2008). Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutrition Reviews*, 66(4), 203-215.
- Kong, S. & Lee, D. (2004). Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of advanced nursing* 46(4), 369-379.
- McGarvey, E.L., Collie, K.R., Fraser, G., Shufflebarger, C., Lloyd, B. & Oliver, M.N. (2006). Using focus group results to inform preschool childhood obesity prevention programming. *Ethnicity & Health*, 11(3), 265-285.
- Nyman, C., Vikman, C. & Wiklund, S. (2014). *Mötet mellan mödra och barnrådgivning och familjer med annan kultur och språk*. Opublicerad avhandling för examen. Vasa: Yrkeshögskolan Novia.
- Rawlins, E., Baker, G., Maynard, M. & Harding, S. (2013). Perceptions of healthy eating and physical activity in an ethnically diverse sample of young children and their parents: the DEAL prevention of obesity study. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 26 (2), 132-144.

..kost och amning

Hemsidor på olika språk

Mödrarrådgivning

Råd om mat till dig som är gravid och

Råd om mat till dig som ammar. Livsmedelsverket Sverige.

<http://slv.butik.strd.se/> (under Mat & Hälsa → Gravida/Ammande).

(engelska, arabiska, bosniska, sorani, somaliska och spanska).

Barnrådgivning

Bra mat för spädbarn under ett år och

Bra mat för små barn mellan ett och två år.

Livsmedelsverket Sverige.

<http://slv.butik.strd.se/> (under Mat & Hälsa → Barn)

(arabiska, albanska, bosniska, spanska, turkiska, sorani, engelska, franska, polska, romani arli, ryska, somaliska, thailändska, tigriska).

Amning. Unicef.

<http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/Resources-in-other-languages/>

(arabiska, bengali, kinesiska, franska, gujarati, hindi, italienska, japanska, mirpuri, polska, portugisiska, punjabi, ryska, somaliska, spanska, tamil, turkiska, urdu)

Amning, bl.a. broschyrerna Getting Started Breastfeeding Your Baby, Breastfeeding Problems och Pumping and Storing Breast Milk. MedlinePlus.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/languages/breastfeeding.html>

(arabiska, bosniska, kinesiska förenklad, kinesiska traditionell, franska, hindi, hmong (hmoob), japanska, koreanska, marshallese, portugisiska, ryska, somaliska, spanska, vietnamesiska. Alla broschyrer även på engelska).

Amning. Flera broschyrer om amning och fast föda åt barn i olika åldrar. Queensland Health. Australien.

http://www.health.qld.gov.au/multicultural/public/child_hlt_h.asp

(engelska, kinesiska, spanska, vietnamesiska, arabiska, serbiska)

Babycenter. Kost för gravida och kost/amning för barn.

<http://www.babycenter.com>

(internationella sidor på egna språk finns nere på sidan till höger:

Arabien, Australien, Tyskland, Brasilien, Canada, China, Frankrike, Indien, Korea, latinamerika-spanska, Malaysia, Ryssland och Storbritannien)



Amning och rökning. Frågeformulär om rökning i hemmet. Rikshandboken Barnhälsovård.

<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-yttre-och-inre-miljo/Barn-och-rokning-snusning/>

(ryska, albanska, bosniska, kinesiska, vietnamesiska, spanska, engelska, somaliska).

Samling av olika amningsfilmer. Amningshjälpen.

<http://www.amningshjalpen.se/filmklipp-2>

Mun- och tandvård. STM.

<http://www.stm.fi/en/publications/publication/-/julkaisu/1367856#fi>

(finska, svenska, engelska, ryska, somaliska, arabiska)

Borsta tänder på barn. Vårdguiden.

<http://www.1177.se/Other-languages/> (under "Tänder")

(arabiska, engelska, finska, franska, persiska/farsi, ryska, somaliska, spanska)

Litteraturtips

Maahanmuuttajan ravitsemus. Hivtukikeskus.

<http://hivtukikeskus.fi/wp-content/uploads/2014/10/Maahanmuuttajat-ja-ravitsemus1.pdf>

Dunney, C., Muldoon, K. & Murphy, D.J. (2015).

Alcohol consumption in pregnancy and its implications for breastfeeding. *British Journal of Midwifery* 32 (2), 126-134.

En undersökning visar att etniska grupper i Europa blir mindre hälsosamma när de anpassar sig efter den västerländska kulturen. Det betyder att de ofta har en minskad fysisk aktivitet i jämförelse med vad de hade i hemlandet.

Motion för gravida

De flesta gravida anser att motion under graviditet är någonting positivt. En orsak till varför kvinnor inte motionerar är bristfällig kunskap om vilken typ av motion, frekvens och längd på säker motion under graviditeten. En del kvinnor känner en oro över att motionera för mycket och påverka graviditeten negativt. Det är bra för hälsovårdaren att vara medveten om kulturella myter som kan hindra kvinnan från att motionera t.ex. tron om att fostret kan få navelsträngen runt halsen om kvinnan lyfter armarna över huvudet.

En lista med specifika rekommendationer och konkreta motionsformer som passar under graviditeten kan hjälpa kvinnan att känna sig trygg i att motionera. Fysisk aktivitet, vikt under graviditeten och kostrekommendationer ska diskuteras under första besöket. Tillsammans ska sätt hittas för att få in mera fysisk aktivitet i kvinnans vardag. Familjemedlemmar kan hjälpa till att uppmuntra den gravida kvinnan till motion.

Motion för barn

Faktorer som hindrar hälsosamma levnadsvanor bland barn från etniska grupper är enligt en studie brist på kunskap om motionsrekommendationer. Bibehållandet av religion, tradition, familjeroller och ansvar kan både hindra och främja fysisk aktivitet och hälsosam kost. Avsaknad av kunskap gällande barns motionsrekommendationer anses till stor del bero på ointresse.

Gilbert, P.A. & Khokhar, S. (2008). Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutrition Reviews*, 66(4), 203-215.

Krans, E. E. & Chang, J. C. (2012). Low-Income African American Women's Beliefs Regarding Exercise during Pregnancy. *Maternal Child Health Journal* 16(6), 1180-1187.

Rawlins, E., Baker, G., Maynard, M. & Harding, S. (2013). Perceptions of healthy eating and physical activity in an ethnically diverse sample of young children and their parents: the DEAL prevention of obesity study. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 26 (2), 132-144.

Hemsidor på olika språk

Fysiska aktiviteter under graviditeten och efter förlossningen. UKK-institutet.

http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/tyokaluja_liikuntaneuvontaan/tulosta_muut_kielet

(albanska, arabiska, bosniska, engelska, kurdiska, persiska, franska, svenska, somaliska, turkiska, ryska, vietnamesiska och estniska)

Motionskakan. UKK-institutet.

<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

(finska, svenska, engelska, ryska och en finskspråkig ”ritbar”)

Kom till simhallen – guide. Suomen uimaopetus- ja pelastusliitto.

Information till simhallens användare och för att handleda människor med olika kulturella bakgrunder i att använda simhallen.

<http://www.suh.fi/tuleuimahalliin>

(svenska, arabiska, kinesiska, engelska, estniska, kurdiska, ryska, selkokieli, somaliska, finska, thai, turkiska)

Liikuntaopas. Hämeenlinna.

<http://www.hameenlinna.fi/Palvelut/Maahanmuutto/Maahanmuuttajille/Erikieliset-opaat/>

(arabiska, engelska, franska, ryska, somaliska, finska)

Fosterscreening

Det görs många olika undersökningar under graviditeten och på barnrådgivningen. Missförstånd kan ibland uppstå om föräldrarna inte vet varför dessa görs under och efter undersökningen.

I olika kulturer finns det olika sätt att tänka och uppleva livets början och frågor kring abort. Det finns inga religioner där ämnet bara kan tolkas på ett sätt, utan det finns olika riktningar och olikheter mellan personer.

Abort är tvunget inom *judendomen* om moderns liv är hotat, i andra fall även vid hänsynstagande till modern.

Inom den *romersk-katolska* kyrkan är varje liv heligt. Ifall syftet är att behandla fostret är fosterdiagnostik tillåtet. Ingrepp är även tillåtet på foster. Inom den *moderna lutherska* kyrkan förs kritik mot att abort görs på svaga grunder, eftersom även ett liv med ett handikapp är värdefullt.

Inom *islam* finns det olika uppfattningar om abort, i allmänhet är det ej tillåtet efter 19 graviditetsveckor (120 dagar efter befruktningen) förutom om det räddar mammans liv. Fosterutvecklingen inom islam börjar med tre 40-dagarsperioder: I droppe/grodd, II blodklump och III fosterklump som sedan besjålas av en ängel.

Buddhismen och *hinduismen* grundar sig på en indisk kultur och skiljer sig från den västerländska synen på flera olika sätt. Barnet blir inte till vid befruktningen utan det går från en form till en annan i reinkarnationscirkeln. Abort upplevs inte som acceptabelt, men är ändå försvarbart.



Föräldrapar med persiska som modersmål deltog i en studie i Sverige. De kände att graviditeten bekräftades när det första ultraljudet gjordes och kände då en samhörighet till barnet. En viktig sak som framkom var att föräldrarna hade ett behov av en bra förklaring till proceduren och den tekniska biten. I en tidigare studie framkom att föräldrar i Iran var vana med ultraljud i hemlandet. Läkaren var där mera fokuserad på skärmen än på föräldrarna och kommunikationen. Föräldrarna upplevde att relationen stärktes när vårdaren hade yrkeskunnighet. Relationen stärktes även mellan pappan och fostret.

Källor till texten

Georgsson Öhman, S. (2009). *Fosterdiagnostik*. Lund: Studentlitteratur.

Nyman, C., Vikman, C. & Wiklund, S. (2014). *Mötet mellan mödra och barnrådgivning och familjer med annan kultur och språk*. Opublicerad avhandling för examen. Vasa: Yrkehögskolan Novia.

Ranji, A., Dykes, A-K. & Ny, P. (2012). Routine ultrasound investigations in the second trimester of pregnancy: the experiences of immigrant parents in Sweden. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(3), 312–325.



Graviditetsdiabetes och diabetes hos barn

Kvinnors uppfattning om allvaret med graviditetsdiabetes påverkas av hälsovårdspersonalens egen uppfattning om graviditetsdiabetes. Personalen ska ha positiv attityd, vara lugn, vänlig och hjälpsam, samt ha en god förmåga att kommunicera och informera patienter. Bemötandet ska vara ödmjukt och respektfullt. I en dansk studie framkom att barn och ungdomar från minoritetsgrupper har högre HbA1c än danska barn och ungdomar med diabetes typ 1. Det fanns ingen stor skillnad i långtidssockret mellan de olika minoritetsgrupperna.

Information om graviditetsdiabetes och hälsorisker i framtiden ska ges åt migrantkvinnan under graviditeten. Uppföljning ska göras efter förlossningen och då ska kvinnan även få fortsatt information om diabetes och hälsovanor. Hälsovårdspersonalen kan ge exempel på hur en förmånlig hälsosam diabeteskost tillreds, eftersom flera kan uppleva att diabeteskost annars blir dyrare. Broschyrer, listor och internetadresser kan delas ut på familjens språk så att de själva kan läsa sig in på ämnet.

Källor till texten

Hjelm, K., Bard, K. & Apelqvist, J. (2012). Gestational diabetes: prospective interview-study of the developing beliefs about health, illness and health care in migrant women. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21/22), 3244-3256.

Nyman, C., Vikman, C. & Wiklund, S. (2014). *Mötet mellan mödra och barnrådgivning och familjer med annan kultur och språk*. Opublicerad avhandling för examen. Vasa: Yrkehögskolan Novia.

Povlsen, L., Olsen, B. & Ladelund, S. (2005). Diabetes in children and adolescents from minorities: barriers to education, treatment and good metabolic control. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 576-82.

Hemsidor på olika språk

Broschyrer, faktaark o.s.v. om diabetes. Diabetesförbundet, Norge.

http://www.diabetes.no/Diabetesinformasjon+p%C3%A5+ulike+spr%C3%A5k.b7C_wtjQ3-.ips

bl.a. **Diabetes och fysisk aktivitet**

<http://www.diabetes.no/?module=Articles;action=Article.ublicShow;ID=2266>

(arabiska, polska, samiska, somaliska, kurmandji, engelska, urdu, turkiska, tamil, sorani, farsi, dari)

Diabetes . Diabetes care by Bayer, Sweden.

<https://diabetes.bayer.se/Sjukvardspersonal2/Broschyrer-pa-andra-sprak/>

(arabiska, engelska, bosniska, finska, somaliska och spanska)

Bra mat för dig som har diabetes. Skåne universitetssjukhus.

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Endokrinologiska-kliniken/For-patienter/Kostrad/>

(albanska, arabiska, bosniska/kroatiska/serbiska, dari, engelska, persiska, polska, somaliska, urdu)

Bilder: Innehåller – innehåller inte kolhydrater och 10 g kolhydrater. Tampereen Diabetesyhdistys ry.

<http://www.tampereendiabetesyhdistys.fi/23>

(finska, svenska, engelska, estniska, ryska)

Diabeetikkolapsen ensiapu, diabeetikkolapsi ja liikunta och Harrasteohjaajan opas – tietoa lapsen diabeteksesta (finska, ryska)

Litteraturtips

Bergström M. & Redzepović M. (2008). "Livet är så annorlunda" -Att leva med diabetes typ 2 i ett nytt land. Borås Högskola.

http://bada.hb.se/bitstream/2320/3340/1/2008_10.pdf

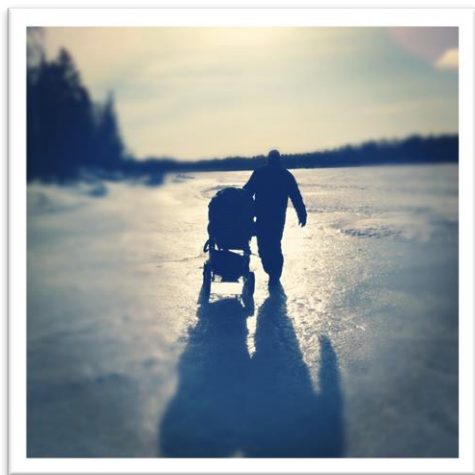
Herold A. (2010). *Bemötandet av diabetespatienter i det mångkulturella samhället*. Rosengårdens vårdcentral, Malmö.

Information om diabetes i olika kulturer och vad som kan tas i beaktande, t.ex. angående kosten i olika kulturer.

<http://www.swenurse.se/contentassets/51ae5658587344ea8076073f54a5deba/bemotande-av-diabetespatienter-i-det-mangkulturella-samhallet.pptx.pdf>

Rajic, M. (2011) *Hur invandrades egenvård av diabetes typ ii påverkas av språksvårigheter, kultur och kön*. Malmö Högskola.

<http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/11847/marina%20rajic.pdf?sequence=2>



Hemsidor på olika språk

Suojaa itsesi! Perustietoa seksitaudeista. Hiv-tukikeskus.

Information om hiv, aids, klamydia, gonorré, syfilis, kondylom, herpes, hepatit b, hepatit c, flatlöss, skabb, trichomonas och mjuk schanker/ulcus molle.

<http://hivtukikeskus.fi/products-page/maahanmuuttajat/>
(ryska, thai, somali, franska, finska, engelska, arabiska)

Tuberkulos. Allmän broschyr om tuberkulos och Anvisningar för en tuberkulospatient.

Andningsförbundet Heli och Filha.

http://www.filha.fi/suomi/julkaisut/tuberkuloosi/yleisesite_ja_potilasohje/

(finska, svenska, albaniska, arabiska, burmesiska, dari, engelska, kinesiska, kurdiska, persiska, franska, serbiska/kroatiska/bosniska, somaliska, thai, ryska, vietnamesiska och estniska)

Cellförändringar i livmoderhalsen. Vårdguiden.

<http://www.1177.se/Other-languages/> (under "Symtom/sjukdom")

(arabiska, bosniska/kroatiska/serbiska, engelska, finska, franska, persiska/farsi, ryska, somaliska, spanska, tigriska, turkiska)

Stroke. Vårdguiden.

<http://www.1177.se/Other-languages/> (under "Symtom/sjukdom")

(svenska, albanska, arabiska, bosniska/kroatiska/serbiska, engelska, finska, franska, kurmanji/nordkurdiska, persiska/farsi), somaliska, spanska, sorani/sydkurdiska, tigriska, turkiska)

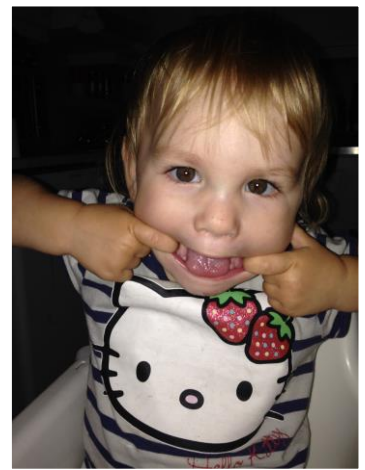
Medlineplus. Hälsoinformation på olika språk- olika ämnen som berör hälsan t.ex sjukdomar och undersökningar.

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/languages/all_healthtopics.html#A

(varierande information på olika språk bl.a. arabiska, koreanska, spanska och vietnamesiska)



Vi blir aldrig fullärda



”Nog är det bara att konstatera att nog är det bra att man läser på om olika kulturer, men innerst inne är vi allihopa bara människor. Att ja, kunna se den här andra människan att kunna mötas på samma nivå.”

Citat av hälsovårdare

Utvecklingsarbete av

Cecilia Nyman

Charlotta Vikman

Sara Wiklund

Yrkeshögskolan Novia 2015